

FACULTE DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1882

THÈSE

N° 355

17

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le 16 novembre 1882, à 1 heure.

PAR CLAUDE-BARTHÉLÉMY-PHILIPPE-AUGUSTE BROTHIER,

Né à Ruffec (Charente), le 20 janvier 1859,

Ancien externe des hôpitaux de Poitiers et de Paris,

Lauréat de l'Ecole de médecine de Poitiers (médaille d'argent).

DE LA FORME APYRÉTIQUE DE LA DOTHIÉNENTÉRIE

Président : M. BROUARDEL, professeur.

G. SÉE, professeur.

Juges : MM } BOUILLY, RAYMOND, agrégés.

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

A. PARENT IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

A. DAVY, Successeur

31, RUE MONSIEUR-LE-PRINCE, 31

1882

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Doyen..... M. BÉCLARD.

Professeurs.....

	MM.
Anatomie.....	SAPPEY.
Physiologie.....	BÉCLARD.
Physique médicale.....	GAVARRET.
Chimie organique et chimie minérale.....	WURTZ.
Histoire naturelle médicale.....	BAILLON.
Pathologie et thérapeutique générales.....	BOUCHARD.
Pathologie médicale.....	{ JACCOUD.
	{ PETER.
	{ GUYON.
Pathologie chirurgicale.....	{ DUPLAY.
	{ CORNIL.
Anatomie pathologique.....	{ ROBIN.
Histologie.....	{ LE FORT.
Opérations et appareils.....	{ REGNAULD.
Pharmacologie.....	{ HAYEM.
Thérapeutique et matière médicale.....	{ BOUCHARDAT.
Hygiène.....	{ BROUARDEL.
Médecine légale.....	{ PAJOT.
Accouchements, maladies des femmes en couche et des enfants nouveau-nés.....	{ LABOULBÈNE.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	{ VULPIAN.
Pathologie comparée et expérimentale.....	{ SEE (G.)
	{ LASÈGUE.
Clinique médicale.....	{ HARDY.
	{ POTAIN.
Maladies des enfants.....	{ PARROT.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.....	{ BALL.
Clinique des maladies syphilitiques.....	{ FOURNIER.
Clinique des maladies nerveuses.....	{ CHARCOT.
	{ RICHEL.
Clinique chirurgicale.....	{ GOSSELIN.
	{ VERNEUIL.
	{ TRÉLAT.
Clinique ophthalmologique.....	{ PANAS.
Clinique d'accouchements.....	{ DEPAUL.

DOYENS HONORAIRES : MM. WURTZ et VULPIAN.

Professeurs honoraires :

MM. le baron J. CLOQUET et DUMAS.

Agrégés en exercice.

MM.	MM.	MM.	MM.
BERGER.	GAY.	LEGROUX	REMY.
BGUILLY.	GRANCHER.	MARCHAND.	RENDU.
BOURGAIN	HALLOPEAU.	MONOD.	RICHEL.
BUDIN.	HENNINGER.	OLLIVIER.	RICHELOT.
CADIAT.	HANRIOT.	PEYROT.	STRAUS.
DEBOVE.	HUMBERT.	PINARD.	TERRILLON.
DIEULAFOY.	LANDOUZY.	POZZI.	TROISIER.
FARABEUF, chef des travaux anatomiques.	JOFFROY.	RAYMOND.	
	DE LANESSAN.	RECLUS.	

Secrétaire de la Faculté : Ch. PUPIL.

Per délibération en date du 9 décembre 1789, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON GRAND-PÈRE

M. LE DOCTEUR AUGUSTE BROTHIER

A MES PARENTS

A MES AMIS

A MES PROFESSEURS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR BROUARDEL

A M. LE DOCTEUR DREYFUS-BRISAC

Médecin des hôpitaux.

A M. LE DOCTEUR BUDIN

Professeur agrégé d'accouchements à la Faculté de médecine,
Accoucheur des hôpitaux.

A M. LE DOCTEUR GRANCHER

Professeur agrégé à la Faculté de médecine,
Médecin des hôpitaux.

A MES PREMIERS MAITRES

LES PROFESSEURS DE L'ECOLE DE MEDECINE DE POITIERS.

DE LA FORME APYRÉTIQUE

DE LA

DOTHIÉNENTÉRIE

I.

AVANT-PROPOS.

Au cours de l'épidémie actuelle de fièvre typhoïde, nous suivions le service de M. le docteur Dreyfus-Brisac, qui remplaçait MM. Hayem et Dieulafoy à l'hôpital St-Antoine. Nous avons eu là l'occasion d'observer diverses formes anormales de cette affection. Notre attention fut particulièrement attirée par trois cas de dothiésentérie sans élévation de la température, cas légitimes d'ailleurs, et d'autant moins douteux que l'un d'eux ayant eu une terminaison malheureuse, l'autopsie a pu être faite, et a confirmé le diagnostic. Cette anomalie, si contraire

aux idées reçues sur la fièvre typhoïde, si opposée à l'enseignement de nos maîtres, nous a frappé à un tel point que nous avons voulu approfondir la question dans la mesure de nos moyens, et en faire le sujet de notre thèse.

Qu'il nous soit permis d'abord d'adresser ici nos remerciements à M. le docteur Dreyfus-Brisac pour les obligeants conseils qu'il nous a donnés et pour l'amabilité avec laquelle il a mis ses malades à notre disposition.

Nous remercions également tous ceux qui, au cours de nos recherches, nous ont fourni des indications et des observations, et en particulier notre ami Benoît, externe du service de M. Dieulafoy.

Avant de commencer cette étude, définissons d'abord exactement ce que nous entendons par forme apyrétique. D'abord nous ne voulons point affirmer qu'aucun de nos malades n'a eu à un certain moment, en dehors des périodes de complication, un léger mouvement fébrile, car nos observations ne commencent pas au début de la maladie; et peut être pourra-t-on nous objecter que pendant les premiers jours l'apyrexie n'a pas été absolue, ce que nous ne croyons pas cependant, au moins pour la plupart d'entre eux. De plus, dans toutes nos observations, sauf dans une seule, on n'a pris que la température axillaire, et la température rectale aurait donné quelques dixièmes de degré de plus, mais néanmoins les chiffres thermiques auraient été fort peu élevés.

Ce que nous voulons essayer de démontrer, c'est qu'on peut observer des cas dans lesquels la température reste à la normale, ou tellement près de la normale qu'on n'ose dire qu'il y a fièvre, et que, si l'on s'en tenait aux indications fournies par le tracé thermométrique, on ne pourrait porter le diagnostic.

A côté des cas apyrétiques que nous citons, nous en mentionnons d'autres, mais en nous bornant à les indiquer, dans lesquels la température s'est très peu élevée, rendant par cela même le diagnostic difficile, et ces faits nous serviront d'intermédiaires entre la forme ordinaire et la forme fruste que nous voulons décrire.

Notre plan se trouve tout naturellement tracé. Nous commencerons par faire un tableau aussi résumé que possible de la fièvre typhoïde normale, tableau sur lequel nous nous appuierons pour légitimer quelques-unes de nos observations; nous nous étendrons plus longuement sur la marche de la température dans cette maladie, ayant précisément à exposer des faits qui se sont écartés du cycle thermique ordinaire. Puis, après avoir recherché si des cas analogues ont été rapportés, nous décrirons cette forme apyrétique telle qu'elle s'est présentée, suivant pas à pas les observations qui sont entre nos mains. Nous rechercherons ensuite s'il n'est pas possible de trouver, soit dans les antécédents des malades, soit dans la nature même de l'affection, des raisons suffisantes pour expliquer le maintien de la température à la normale. C'est alors que nous montrerons les difficultés du diagnostic, et que nous différencierons la forme apyré-

tique de diverses autres plus ou moins analoges qui ont été décrites. Enfin nous indiquerons quelle importance peut avoir le diagnostic pour le pronostic, ce qui nous amènera tout naturellement à indiquer le traitement que nous croyons le plus convenable.

Nous nous servirons plus volontiers du nom de *dothiè-
nentérie* qui ne préjuge rien de la symptomatologie de
l'affection, et qui rend moins paradoxal l'exposé que
nous allons faire; nous suivons en cela l'exemple de
Trousseau, qui a fait justement ressortir l'importance
et la constance de l'éruption furonculaire de l'intestin.

II.

DE LA DOTHIÉNENTÉRIE NORMALE.

La dothiésentérie est l'affection qui se présente au médecin avec le plus nombreux cortège de symptômes. Nous n'avons point l'intention de la décrire d'une manière complète ; nous voulons simplement indiquer comment elle évolue d'ordinaire, et nous insisterons tout naturellement davantage sur les points que nous croyons les plus utiles pour faire établir un diagnostic certain dans les cas les plus irréguliers et les plus frustes.

Les lésions de cette pyrexie sont absolument caractéristiques et constantes, à tel point que certains auteurs y ont vu la cause de la maladie, tandis qu'en réalité elles n'en sont qu'un effet. Ces lésions portent sur les organes hématopoiétiques en général, mais d'une façon toute particulière sur ceux de l'abdomen. On observe toujours une infiltration des plaques de Peyer et des follicules clos de l'intestin surtout dans la partie de l'intestin grêle qui est la plus rapprochée de la valvule iléo-cæcale. On distingue, suivant leur aspect, des plaques *dures* et des plaques *molles*, qui ne diffèrent que par le degré de condensation de l'infiltration typhique (Jaccoud). Mais tantôt il arrive, comme dans le typhus

abortif ou dans la fièvre typhoïde des enfants, que l'infiltration est rapidement résorbée, et alors on n'observe que des plaques molles ; et tantôt, comme c'est le cas le plus ordinaire, un certain nombre de plaques, qui sont alors des plaques dures, parcourent un degré de plus et s'ulcèrent : l'infiltration s'élimine par cette ulcération. Ce dépôt typhique est composé de cellules de nouvelle formation, à nombreux noyaux, qui subissent plus tard la dégénérescence granulo-graisseuse (Virchow) ; en 1874, Klein y a trouvé des micrococci. Dans la tuberculose on peut rencontrer aux mêmes points des lésions analogues ; mais alors les plaques s'épaississent et s'ulcèrent transversalement, tandis qu'elles s'étendent longitudinalement dans la dothiéntérie. Cette éruption, qui est donc la caractéristique anatomique de la maladie, n'apparaît que du quatrième au septième jour (Chomel, Trousseau) ; elle se fait par poussées successives. Dans le troisième septénaire la résorption se produit, soit pour toutes les plaques, soit pour quelques-unes seulement ; les autres commencent à s'ulcérer dès le quinzième jour. Mais bientôt commence la cicatrization qui, dans les cas ordinaires, est complète le vingt-cinquième jour et suffisamment consolidée le trentième (Trousseau). On a donc dans les caractères des lésions intestinales un moyen de retrouver à l'autopsie la date précise du début.

En même temps les ganglions mésentériques qui correspondent aux plaques et aux follicules malades s'hypertrophient et se ramollissent. En même temps aussi, la rate augmente de volume et peut se ramollir

jusqu'à la diffuence ; mais cette altération, à peu près constante, est souvent peu marquée, et est loin d'être toujours appréciable pendant la vie. Quant aux autres altérations qu'on peut rencontrer à l'autopsie, nous n'en parlerons pas, parce qu'elles ne sont pas toutes constantes, et qu'elles ne sont pas aussi caractéristiques.

En même temps que ces lésions évoluent, quels sont les phénomènes que présente le malade ? Nous supposons un cas de moyenne intensité : voici comment les choses se passent d'ordinaire.

La maladie s'annonce parfois par quelques frissons, d'autres fois elle s'établit plus insidieusement. Souvent les premiers symptômes sont ceux d'un embarras gastrique. Au début il y a souvent quelques épistaxis. En même temps le malade se sent mal en train, très faible, courbaturé. La céphalalgie frontale est intense ; il y a des bourdonnements d'oreilles, parfois même de la surdité. La soif est vive, l'anorexie absolue. Le patient ne dort pas, ou bien, s'il s'assoupit, son sommeil est troublé par des cauchemars. Il éprouve des vertiges, surtout quand il est debout ou quand on le fait asseoir sur son lit. Les lèvres et la langue sont agitées d'une légère trémulation. On observe assez fréquemment des douleurs à la nuque et dans les membres. Le visage prend une expression de stupeur et d'épuisement telle que le facies typhique suffirait dans bien des cas à faire faire le diagnostic. Le malade a l'air triste, abattu ; ses yeux hagards sont timides et éteints. Le pouls est accéléré, parfois irrégulier, souvent dicrote. La fièvre augmente chaque jour.

Bientôt ces symptômes s'accroissent : la fièvre est vive, la stupeur complète, l'idéation se trouve atteinte; les pensées errent à l'aventure, la volition est abolie; les jours s'écoulent sans que le malade puisse les compter. On l'interroge, il ne répond pas; ou bien s'il sort momentanément de sa torpeur, ce n'est que pour murmurer quelques mots d'une voix lente. Souvent même il y a du délire. La langue, qui a pu être étalée et humide au début, devient sèche, étroite et effilée; elle est rouge aux bords et à la pointe, elle conserve l'empreinte des dents, et souvent se couvre, comme les lèvres et les gencives, de fuliginosités. La diarrhée s'établit; les selles, au nombre de 2 à 6 par jour environ, sont liquides, jaune clair (couleur d'ocre); en flocons grumeleux; elles exhalent une odeur assez forte et contiennent de l'ammoniaque (Griensiger); elles sont souvent involontaires. Cette diarrhée s'accompagne de gargouillement; parfois même le gargouillement existe sans diarrhée. La fosse iliaque droite est douloureuse, soit spontanément, soit à la palpation. On trouve en même temps du météorisme. La rate est hypertrophiée. Les urines sont peu abondantes, rouges, riches en urée; elles contiennent de l'albumine dans un tiers des cas. Le malade tousse un peu, mais crache à peine; l'auscultation révèle des râles de bronchite dans toute l'étendue des poumons.

Vers le neuvième jour, quelquefois plus tôt, dès le sixième par exemple, mais rarement plus tard, apparaissent des taches, qui siègent principalement à la paroi antérieure de l'abdomen et de la poitrine. Ces taches,

appelées taches rosées lenticulaires, sont petites, arrondies ou ovalaires, légèrement papuleuses, disparaissant sous le doigt. L'éruption, plus ou moins abondante, se fait par poussées successives ; chaque tache dure environ de 3 à 5 jours. Cette éruption, qui a fait ranger par quelques auteurs la fièvre typhoïde parmi les fièvres éruptives, est caractéristique de la dothiéntérie. C'est tout au plus si on l'a observée exceptionnellement dans quelques cas de tuberculisation aiguë.

Pendant toute cette période, que M. le professeur Jaccoud a justement nommée période d'infection, la température se maintient très élevée. Mais au moment où commence la seconde période, ou période de réparation, elle tombe peu à peu, tous les symptômes s'amendent, le délire cesse, le malade revient à lui, l'urine devient pâle et abondante, tout rentre peu à peu dans l'ordre, et cette période n'est qu'un acheminement graduel vers la convalescence, qui est toujours longue, et pendant laquelle de nombreux accidents peuvent se produire.

Malheureusement la terminaison n'est pas toujours aussi favorable. L'intoxication peut être assez forte pour amener la mort, et même foudroyer en quelque sorte le malade, ou bien une complication vient aggraver le pronostic, prolonger l'affection, ou lui donner une issue fatale. Parmi ces complications, excessivement nombreuses, nous nous bornerons à énumérer les principales : ce sont des hémorrhagies, surtout par l'intestin, des perforations intestinales, des péritonites généralisées ou plus rarement partielles, des eschares au

sacrum, des dégénérescences granulo-graisseuses ou cireuses et vitreuses des fibres musculaires striées, dégénérescences décrites par Zencker et Hoffmann, et plus récemment par M. le professeur G. Hayem, la pneumonie, la broncho-pneumonie, etc.

Or tous ces symptômes de la dothiéntérie, même les plus caractéristiques, peuvent manquer. Les taches elles-mêmes, dont la présence suffit dans presque tous les cas pour lever tous les doutes, ne s'observent pas toujours. Sur 76 cas, Chomel les a vues manquer 16 fois. et Trousseau rapporte que dans certaines épidémies de Touraine on n'en a pas rencontré, ce que d'ailleurs on a remarqué dans bien d'autres cas. D'autres fois ces divers symptômes sont peu accusés, ou bien ils se modifient et se groupent de façon à faire supposer une autre affection. De sorte que souvent le diagnostic serait impossible ou du moins très difficile si l'on n'avait un guide précieux dans la marche de la température. Nous décrirons cette marche thermique, réellement caractéristique, d'après Wunderlich et d'après M. le professeur Jaccoud, et nous supposerons encore un cas d'intensité moyenne, se terminant par la guérison.

Il y a trois stades dans le cycle fébrile d'une dothiéntérie régulière.

1° Un stade d'ascension graduelle, pendant lequel le thermomètre s'élève chaque jour d'un degré de plus que la veille ; il y a une rémission matinale d'environ un demi-degré. M. Jaccoud lui donne le nom de *stade des oscillations ascendantes*. Vers le cinquième ou le sixième

jour, la température atteint, le soir, le maximum auquel elle doit arriver, qui est d'au moins 39° 6 d'après Wunderlich.

2° Le *stade des oscillations stationnaires*, pendant lequel la température se maintient à peu près aux mêmes chiffres pendant plusieurs jours, les températures du matin étant toujours de quelques dixièmes de degré plus basses que celles du soir. Du sixième au huitième jour on observe souvent une rémission subite et temporaire d'un degré à deux degrés et demi, signalée par Wunderlich, et sur laquelle insiste M. Jaccoud.

Entre ce deuxième stade et le dernier s'en place souvent un autre, que Wunderlich a nommé le *stade amphibole*, d'une durée de trois à huit jours, caractérisé par des oscillations thermiques très étendues.

3° Enfin le *stade des oscillations descendantes*, dans lequel la température s'abaisse tous les matins de plus en plus, tandis que le soir elle ne remonte pas aux mêmes chiffres que la veille, de sorte qu'elle finit par atteindre la normale, et que même elle peut arriver à n'être que de 36° et quelques dixièmes.

Cette marche est tellement régulière, et dans les cas anormaux mêmes elle a une telle tendance à revêtir ces caractères que Wunderlich en a déduit des lois, exactes dans la très grande majorité des cas, et dont nous reproduisons la principale, parce que c'est précisément celle qui n'a pas été vérifiée chez les malades dont nous donnons les observations :

« Toute maladie où la température n'atteint pas en-

core au soir du quatrième jour le chiffre de 39,5 n'est pas une fièvre typhoïde. »

Il est inutile de dire que cette marche typique se trouve plus ou moins modifiée si des médicaments antipyrétiques sont administrés, si l'intoxication typhique est assez forte pour déterminer rapidement la mort, si des complications surgissent; nous n'avons pas à étudier ces diverses modifications, ce qui nous entraînerait trop loin. Il nous suffit de les signaler, pour faire ressortir (ce qui nous fera pardonner des considérations si longues sur un sujet si connu) quelle est l'importance de la température, non seulement pour faire établir le diagnostic et le pronostic, mais encore pour faire reconnaître l'influence de la médication, pour révéler les complications, pour indiquer exactement le commencement de la convalescence, et le moment où l'on peut permettre au malade de réparer par une alimentation convenable les désordres de son organisme. Il est également facile de concevoir quel sera l'embarras du médecin à tous ces points de vue, lorsque l'apyrexie le privera de ces indications; c'est précisément là le sujet de cette étude, que nous compléterons en indiquant, autant que cela nous sera possible, les moyens de résoudre, en partie du moins, ces difficultés.

III

HISTORIQUE

Nos recherches, qui, nous le reconnaissons, sont sans doute bien insuffisantes, n'ont pu réunir qu'un très petit nombre de cas analogues à ceux que nous avons observés. Cela n'a rien qui doive surprendre. La dothiéntérie, en effet, est d'observation récente : Morgagni lui consacre bien une de ses lettres, mais pour en trouver une description exacte, il faut arriver à Prost (1804), et à Petit et Serres (1813). Objet de nombreux travaux depuis cette époque, l'étude de la dothiéntérie était encore incomplète jusqu'au jour où l'on a appliqué d'une façon méthodique et continue le thermomètre à la clinique. De tout temps, il est vrai, on a remarqué que la fièvre s'accompagnait de chaleur, mais on n'évaluait pas ce phénomène. Sanctorius et de Haen se sont bien servis du thermomètre, mais l'oubli s'était fait autour de leur méthode, dont ils n'avaient pas su d'ailleurs tirer de grandes indications, lorsque, il y a environ vingt-cinq ans, les travaux de Traube, de Thierfelder, de Thomas, et surtout ceux de Wunderlich sont venus la mettre en lumière et la faire entrer définitivement dans la pratique.

Aussi toutes les observations de dothiéntérie antérieures à ces publications sont-elles muettes au sujet de

la température, ou tout au moins ne nous donnent-elles que des notions vagues et incertaines, de sorte que nous ne pouvons en tirer aucune indication précise sur le sujet qui nous occupe.

Néanmoins, dans cette période qui s'étend depuis le commencement du siècle jusqu'à Wunderlich, on avait déjà observé des cas dans lesquels la fièvre typhoïde avait présenté une anomalie singulière : les malades souffraient peu ou point, la chaleur était peu considérable, était même normale par moments, les symptômes étaient peu accentués, le malade continuait à vaquer à ses occupations, il « promenait sa maladie, » d'où le nom de fièvre typhoïde ambulatoire qu'on avait donné à cette forme, nom sous lequel on la désigne encore aujourd'hui. La maladie n'était guère reconnue qu'à l'autopsie, soit que les malades ne vinssent point consulter le médecin pour un simple malaise, soit que celui-ci n'osât pas, dans bien des cas, porter un diagnostic aussi sérieux; aussi un écart de régime suffisait-il pour amener des accidents mortels. Louis en a laissé cinq observations dans son traité de la *Gastro-entérite* (obs. 41 à 45); une d'elles, dont nous parlerons plus loin, nous semble être un cas de dothiéntérie apyrétique. Louis a également décrit une forme latente, bien analogue à la précédente, et en donne deux observations (obs. 53 et 54), vérifiées par l'autopsie. Nous ne voulons pas dire que ces cas et d'autres analogues observés par d'autres auteurs, aient tous été des cas apyrétiques, d'abord parce qu'il y est fait mention de « fièvre vive, » de « chaleur » plus ou moins douce, ensuite parce que l'absence

de thermométrie ne permet de rien affirmer. Nous nous bornons donc à enregistrer ces cas, qui sont tout au moins des intermédiaires entre la forme normale et la forme fruste.

Dans cette même période qui a précédé la thermométrie, Huxham, Røederer et Wagler décrivaient la fièvre lente nerveuse, la fièvre maligne lente, formes mieux étudiées plus tard par des auteurs que nous allons citer.

Les auteurs qui s'occupaient alors des maladies d'enfants sont plus explicites. Billard (1) dit n'avoir constaté dans vingt cas où les plaques de Peyer avaient la lésion caractéristique de la dothiéntérie que les phénomènes ordinaires de l'entérite; il ne s'agit, il est vrai, que de très jeunes enfants. La statistique de Rûfz (2) constate la bénignité de l'affection chez les enfants et les adolescents. Enfin, Rilliet et Barthez parlent de fièvres typhoïdes irrégulières et bâtardes, dans lesquelles une erreur de diagnostic est facile, et ils terminent en faisant rentrer dans la fièvre typhoïde « ces cas assez nombreux où l'on voit des enfants subir l'influence de l'épidémie sans cependant offrir tous les symptômes de la dothiéntérie, et rester ainsi pendant huit à dix jours dans un état mixte entre la santé et la maladie. » Nous ne croyons pas nous avancer trop en disant qu'il y a probablement là des cas de dothiéntérie apyrétique, mais la confirmation nous manque, faute d'observation thermométrique.

(1) Billard. Traité des maladies des enfants. Paris, 1828.

(2) Rûfz. Influence de l'âge sur la fièvre typhoïde. Archives gén. de méd., 1840.

Avec Wunderlich nous entrons dans une ère nouvelle, et dès lors toute observation de fièvre typhoïde est accompagnée de chiffres thermiques.

Wunderlich, après avoir établi les lois de la température dans la dothiéntérie, ajoute cette phrase qui semble indiquer qu'il a vu des cas apyrétiques : « Malgré l'observation la plus minutieuse, il se présente des cas où la fièvre typhoïde évolue pour ainsi dire à l'état latent, et où la nature de la maladie mortelle n'est reconnue qu'à l'autopsie; c'est ce qui a lieu toutes les fois que le début a été insidieux (1). » Un peu plus loin, il indique les cas dans lesquels les caractères typiques de la marche fébrile sont plus ou moins effacés. Tout cela n'est malheureusement pas précis.

Sans doute l'engouement qui suivit les travaux de l'auteur que nous venons de citer a dû faire rejeter l'idée de dothiéntérie dans des cas où la température était loin d'atteindre les chiffres qu'il avait indiqués; on en faisait alors des fièvres catarrhales, des synoques, des embarras gastriques. Nous sommes donc convaincu que des formes frustes de la fièvre typhoïde ont dû passer inaperçues. Mais à partir de ce moment les anomalies commencent à être signalées.

C'est ainsi que Griesinger, après avoir dit, il est vrai, qu'il n'y a pas de typhus sans fièvre, décrit deux formes dans lesquelles la fièvre typhoïde est entièrement ou à peu près latente : d'abord la *forme ambulatoire*, et une

(1) Wunderlich. De la température dans les maladies. Trad. franç. de Labadie-Lagrave, p. 293 et suiv.

variété de cette forme où il y a « ralentissement du processus, guérison partielle de quelques ulcères; les malades restent pâles; de temps en temps ils éprouvent un léger frisson; on en voit fournir des courses de plusieurs heures; ils sortent de l'hôpital, et quelque temps après, même au bout de trois mois, ils ont une perforation ou un autre accident consécutif à la fièvre typhoïde (1) »; ensuite une *forme latente* où les symptômes sont cachés par un phénomène particulier violent (phénomènes nerveux, pneumonie, etc.). Il prononce même à ce sujet le nom de *forme fruste, apyrétique*; aussi, bien qu'il ne soit pas très explicite au sujet de la température des malades dont il parle, nous croyons pouvoir dire qu'il fait allusion à des cas analogues à ceux qui nous occupent.

En même temps, Lebert décrivait le typhus abortif, que nous ne signalons que pour mémoire, voulant précisément le distinguer de la dothiéntérie apyrétique. Depuis lors beaucoup d'auteurs ont étudié ces trois formes : forme lente nerveuse (Jaccoud), typhus abortif, typhus ambulatoire; mais toujours, ou presque toujours, il y est fait mention d'une élévation plus ou moins considérable de la température. Ainsi M. Tourneret a publié, en 1873, dans la Gazette médicale de Strasbourg, une observation de fièvre typhoïde ambulatoire, où le thermomètre a oscillé entre 39° et 41°.

En 1869, M. Guilbert, de Périgueux, racontant une épidémie qu'il avait observée l'année précédente, si-

(1) Griesinger. Traité des maladies infectieuses, traduction de Vallin, 2^e édit., p. 288.

gnale le peu d'élévation de la température, mais il ne l'a pas prise d'une façon suivie. Beaucoup de malades ne sont alités que pendant deux jours, souvent les symptômes étaient très vagues, d'autres cas n'étaient que de simples indispositions, qui, au bout de quelques jours de phénomènes peu accusés, devenaient graves sous l'influence d'infractions à l'hygiène, d'écarts de régime, de travail excessif (1).

L'année d'après, Skoda et Oppolzer disent qu'il n'est pas rare de voir l'iléo-typhus débiter tout à fait sans fièvre, avec de simples phénomènes nerveux, et simuler une affection mentale (2).

En 1872, Roger fait des réserves sur les lois de Wunderlich, et dit que dans bien des cas elles ne sont pas vérifiées par la clinique (3).

En 1873, M. Sevestre publie une observation de fièvre typhoïde à marche insidieuse, dont nous parlerons plus loin. A propos de ce malade, M. Sevestre nous a dit qu'il a vu plusieurs cas apyrétiques, et il a eu l'obligeance de nous en citer un que nous ne pouvons malheureusement reproduire qu'avec peu de détails.

La même année, M. Vallin publiait dans les *Archives générales de médecine* deux cas de dothiéntérie à forme apyrétique et ambulatoire, que nous reproduisons, et disait dans son mémoire que M. le professeur Villemin était très enclin à voir des formes frustes de la fièvre typhoïde dans ces légers malaises, indispositions mal

(1) Guilbert. De la fièvre typhoïde très légère (Union méd., 1869).

(2) Mouvement médical, 1872, p. 154.

(3) Clinique des maladies des enfants, 1872,

caractérisées, que l'on voit si souvent survenir chez les jeunes soldats.

La même année encore, Wall publiait dans la *Lancet* un cas de fièvre typhoïde latente.

Dans les traités didactiques nous voyons également signaler cette forme. Trousseau, parlant de la forme muqueuse, ajoute que « dans ces cas légers et dans « d'autres plus légers encore, auxquels on a donné le « nom de fièvre typhoïde latente, la mort peut être le « résultat imprévu d'une perforation, d'une péritonite « ou d'une hémorrhagie. » Ailleurs, décrivant cette forme latente, qui est absolument celle dont nous voulons parler, il dit : « Le mouvement fébrile est très modéré ou n'existe pas. » — M. le professeur Jaccoud, faisant allusion à des cas analogues, en cite un de Bennett, dans lequel la maladie a été tout à fait insidieuse et s'est terminée par une perforation intestinale. — MM. Laveran et Teissier, en décrivant la forme ambulatoire, ajoutent que c'est tout au plus si le malade accuse de la céphalalgie et de la lassitude, et que la *température peut même rester normale*, bien qu'en général elle s'élève le soir. Ils disent aussi qu'il n'est pas prouvé que ces indispositions légères, qui surviennent souvent chez les nouveaux venus dans les grandes villes, ne soient pas de nature typhoïde. — Enfin MM. d'Espine et Picot parlent de ces cas dans lesquels la *fièvre est nulle* chez les enfants tout au moins le matin. M. le professeur Parrot consacrait dernièrement une de ses cliniques au peu d'élévation de la température chez les enfants ; il nous a dit, il est

vrai, n'avoir pas observé de cas absolument apyrétiques

Pour résumer ces considérations, nous dirons que la question n'est pas absolument nouvelle puisque, à côté de cas douteux, nous avons rencontré des observations de cas incontestables, et puisque nous pouvons invoquer des noms connus et des autorités à la tête desquelles nous pouvons placer Trousseau.

IV

SYMPTOMES ET COMPLICATIONS.

Nous avons déjà dit que le tableau de la dothiènementie que nous avons présenté se trouve souvent modifié, soit par l'exagération d'un des phénomènes ordinaires, soit par la production d'un autre symptôme ou d'une complication, ce qui donne à la maladie un aspect particulier, soit même par l'absence d'un des symptômes les plus constants et les plus caractéristiques. Ainsi les taches, l'hypertrophie de la rate, la diarrhée peuvent manquer. Dans tous ces cas, disions-nous, c'est la marche de la température qui contribue le plus à lever tous les doutes. Eh bien! il existe une forme, rare d'ailleurs, dans laquelle les renseignements que le thermomètre peut nous fournir sont absolument nuls, ce qui non seulement nous prive de renseignements utiles, mais encore peut faire égarer le diagnostic; c'est cette forme apyrétique, signalée par divers auteurs, qui peut ne se manifester que par des symptômes mal définis, ou par de terribles complications.

Les cas que nous pouvons publier sont malheureusement peu nombreux, mais quelques-uns sont très concluants et suffisent pour faire établir cette forme fruste que nous allons décrire au moyen des éléments que

nous fournirent nos observations. Aussi croyons-nous nécessaire, avant de synthétiser ces données, d'analyser les divers cas que nous avons réunis, en légitimant par quelques considérations ceux qui peuvent paraître attaquables.

OBSERVATION I.

Communiquée par M. Vivant, externe du service de M. le professeur Hayem.

Dothiésentérie apyrétique. Perforation intestinale. Autopsie.

Le nommé Petit (Auguste), âgé de 20 ans, employé à la compagnie Paris-Lyon-Méditerranée, entre le 16 août 1882, à l'hôpital Saint-Antoine, salle Magendie, n° 49, dans le service de M. le professeur Hayem, remplacé par M. le Dr Dreyfus-Brisac.

Il n'est à Paris que depuis onze mois.

Il dit n'avoir jamais été malade. Il y a une quinzaine de jours environ, à la suite d'excès alcooliques, il s'est senti fatigué et courbaturé.

Depuis douze jours il est en proie à une céphalalgie frontale très vive, avec insomnie et inappétence. Bien que se sentant « mal en train », il continue son travail. Il n'a eu d'ailleurs ni diarrhée ni épistaxis, et ne demande, en entrant à l'hôpital, que quelques jours de repos.

Avant d'entrer à l'hôpital il a été purgé deux fois.

Le soir de son entrée on lui trouve la face rouge et animée, la peau un peu chaude. La température rectale est à 38°, le pouls à 80. Le malade ne se plaint que de céphalalgie et d'agitation nocturne.

La langue est saburrale ; cependant l'appétit serait un peu revenu depuis quelques jours. Il n'y a pas de diarrhée. Le ventre n'est ni douloureux ni ballonné. La pression ne détermine de douleur ni dans la fosse iliaque droite, ni dans la région splénique. Il n'y a pas de taches rosées lenticulaires. La rate paraît normale. A l'auscultation on n'entend aucun bruit morbide dans la poitrine.

17 août. Température du matin, 37,4. Le malade se sent bien et demande à manger, ce qu'on lui refuse. On prescrit deux verres d'eau de Sedlitz et de la limonade vineuse. Température rectale le soir, 37,6.

Le 18. Apyrexie complète. Température le matin, 37,2. Le malade insiste encore plus pour qu'on lui donne à manger. La céphalalgie et l'insomnie ont disparu. La langue est étalée, humide, légèrement saburrale, l'haleine fade. Température le soir, 37,5.

Le 21. Le malade est dans le même état que les jours précédents et demande toujours à manger. La température se maintient toujours normale. Il n'y a pas de diarrhée. On permet au malade un peu de soupe.

Le 22. Dans la nuit le malade a été brusquement pris de coliques assez fortes, et a eu plusieurs selles diarrhéiques jaunâtres. Déjà le soir la température était montée à 38,4. Ce matin elle n'est redescendue qu'à 37,8. On prescrit une diète sévère.

Le 23. Les accidents diarrhéiques et douloureux du côté du ventre ont cessé, mais la température ne retombe pas tout à fait à la normale. Le 22 au soir il y a eu 38,2, et ce matin il a encore 37,7. Néanmoins il insiste de nouveau pour avoir à manger, ce qu'on lui refuse. La journée se passe sans incident.

Le 25. Le malade a été pris brusquement pendant la nuit de douleurs abdominales très vives au niveau de l'ombilic. En même temps il a eu des selles diarrhéiques très abondantes et de légers frissonnements. La veille au soir la température était montée à 38,7 et il a eu dans la soirée et la nuit plusieurs vomissements bilieux. Actuellement on trouve le malade en proie à une fièvre relativement vive; il a 38,2, sa plus haute température matinale. Le pouls est petit et rapide; la face est grippée, le nez tiré, les yeux cernés. Le ventre est ballonné, très douloureux à la pression, surtout au niveau de l'ombilic. Il n'y a pas de dyspnée. L'auscultation ne révèle rien d'anormal ni aux poumons ni au cœur.

On apprend du malade qu'il a mangé hier des biscuits qu'il s'est fait apporter.

On prescrit des cataplasmes laudanisés sur le ventre et de la glace à l'intérieur.

Le 26. Le malade est à peu près dans le même état que la veille. La face est grippée et couverte de sueurs. La diarrhée a diminué,

mais il s'est produit des vomissements verts porracés. La température est un peu plus élevée que la veille. Le poulx est petit, filiforme. Légère dyspnée. Le nez et les extrémités sont refroidis. Le soir le thermomètre donne 39,3.

Le 27. Le malade est mort dans la nuit.

(Voir le tracé n° 4.)

AUTOPSIE, 36 heures après la mort. — A l'ouverture du cadavre, il s'écoule de l'abdomen une certaine quantité de liquide jaune verdâtre et des gaz infects.

Au-dessous du grand épiploon, on trouve les anses intestinales dilatées, agglutinées les unes aux autres par un exsudat purulent; des fausses membranes molles, jaunâtres, réunissent de même les anses intestinales au grand épiploon. Dans la fosse iliaque droite on trouve un épanchement de matières fécales mélangées au liquide péritonéal.

L'intestina été développé dans toute sa longueur. On ne le trouve congestionné qu'en un seul point, à 20 centimètres environ de la valvule iléo-cæcale, du côté opposé à l'insertion du mésentère. On trouve à ce niveau une seule plaque de Peyer infiltrée, de l'étendue d'une pièce de cinquante centimes environ, creusée en forme d'entonnoir. L'ulcération est nette, comme faite à l'emporte-pièce, et intéresse les trois tuniques. La perforation, arrondie, a environ un centimètre de diamètre. On ne trouve aucune lésion dans le voisinage : les autres plaques de Peyer sont saines et ne paraissent même pas congestionnées.

Le gros intestin et l'appendice cæcal sont également sains.

Le foie est de volume normal, mais légèrement congestionné.

La rate, hypertrophiée, est molle et diffluente. Elle pèse 260 grammes.

Les reins sont le siège d'une congestion intense, surtout au niveau de la substance corticale.

Les poumons présentent une légère congestion aux deux bases.

Cœur : myocarde sain, valvules normales.

Nous considérons cette observation comme étant celle d'un cas apyrétique très net. La température est restée normale jusqu'au jour où a éclaté la complication

mortelle; il s'agit en effet de la température rectale, d'un demi-degré supérieure à la température axillaire. La première observation thermométrique a donné 38°, il est vrai, mais nous ferons remarquer que le malade venait d'arriver à l'hôpital. Il n'y a eu ni épistaxis, ni bronchite; la diarrhée ne s'est manifestée qu'au moment où le malade a commencé à manger autre chose que du bouillon et du lait. Enfin, les taches rosées ont fait défaut; il est vrai que le malade n'est entré à l'hôpital que le seizième jour de son affection, et qu'on peut dire qu'elles avaient disparu. Nous enregistrons néanmoins le fait, car dans les observations qui vont suivre, on verra qu'elles ont le plus souvent manqué.

En revanche, nous appellerons l'attention sur les phénomènes nerveux et sur les symptômes d'abattement du début, que nous retrouverons dans toutes nos observations, plus ou moins accusés, il est vrai, et que nous considérons comme les plus propres à éveiller l'idée d'une affection typhoïde.

Dans l'observation suivante, que nous empruntons à M. le D^r Vallin, nous allons trouver des symptômes plus nombreux et plus caractéristiques.

OBSERVATION II.

Publiée par M. le D^r Vallin, dans les Arch. gén. de méd., 1873.

Dothiésentérie apyrétique. Péritonite suraiguë. Autopsie.

Roux (Pierre), cultivateur, âgé de 36 ans, entré à l'hôpital de Batna (Algérie), le 13 décembre 1872, décédé le 22 décembre, à 2 heures du soir.

Cet homme, de constitution moyenne, est habituellement bien portant; il est en Afrique depuis huit ans, habite depuis deux ans le village de Fesdir, au voisinage de Batna, et est propriétaire d'un champ qu'il cultive. Il a été atteint de fièvres assez rebelles, il y a quatre ans; depuis ce temps il n'a eu que des accès irréguliers, il ne se souvient pas d'avoir eu la fièvre depuis le commencement de l'année. Il a des habitudes rangées, il vit en plein air, et a travaillé aux champs jusqu'au 1^{er} décembre. Cependant depuis le 15 novembre il éprouvait du malaise, de la courbature, l'appétit avait beaucoup diminué. Du 1^{er} au 13 décembre, la faiblesse augmenta peu à peu, il dut cesser tout travail, mais il restait levé la plus grande partie du jour; l'appétit était nul, il a eu à plusieurs reprises de la diarrhée qui cédait assez facilement au sous-nitrate de bismuth. Il n'a jamais senti de fièvre; mais la faiblesse devenant plus grande, il se décida à venir à Batna, et entra à l'hôpital le 13 décembre.

A l'examen du 14, on trouve un homme amaigri, aux tissus décolorés, au facies abdominal; il répond aux questions avec assez de lenteur, d'un air ennuyé, mais avec assez de précision; la faiblesse et le découragement sont très grands. Langue blanche, chargée, humide, anorexie complète; pendant huit à dix jours il a eu une diarrhée séreuse, qu'il a arrêtée deux fois avec des poudres; cette diarrhée a cessé depuis trois jours; le ventre est souple, non douloureux. Bronchite légère, avec un peu de toux, sans expectoration. Pouls à 80. Température axillaire à 8 heures du matin, 37.4. Potion avec ipéca stibié.

Le soir à 4 heures nous trouvons le malade assis près de son lit; il se sent très faible. Pouls à 76. Température à 37,6.

Le 15. Sommeil assez tranquille pendant la nuit. Mêmes symptômes que la veille; absence complète de fièvre. Devant cet état mal défini, et en l'absence de signes appréciables d'une affection aiguë, on cherche un trouble général de la nutrition ou une lésion chronique des viscères profonds. L'urine contient une assez grande quantité d'albumine, mais il n'y a ni anasarque ni ascite, et il n'y en a jamais eu; le cœur est sain, la matité splénique mesure 33 centimètres de hauteur, la rate ne dépasse pas le rebord de l'hypocondre; le volume du foie est normal, il n'y a ni sucre ni pigment biliaire dans l'urine. Il n'existe point d'épanchement pleu-

rétiqne, ni aucun signe appréciable de tuberculisation pulmonaire, par voie d'exclusion on admet la possibilité d'une tuberculisation du péritoine. Lait, bouillon. Vin de quinquina avec extrait de quinquina, 4 gramme.

Le 16. Même état. Le soir, pouls à 76. Température à 36,8.

Le 17. Pendant la nuit est survenue une forte diarrhée avec coliques, qui ce matin encore fatigue beaucoup le malade; la palpation du ventre est un peu douloureuse; la langue est blanche, cotonneuse, mais non sèche. Peau fraîche, pouls normal. Diascordium, 4 grammes, potion avec bismuth.

Le 18. La nuit a été assez bonne; le malade a bien dormi, il n'a eu que deux selles hier soir; il répond nettement aux questions qu'on lui adresse, mais il est abattu, indifférent à tout, comme les individus cachectiques. Chaque jour il se lève à l'heure des repas et se promène un peu dans la salle. Le soir à quatre heures, température 36,8. Pouls à 74. Même régime que précédemment.

Le 19. Le malade se trouve dans le même état; la diarrhée a cessé; il demande avec instance la permission de sortir pour régler des affaires importantes. Malgré mon refus motivé par sa faiblesse, son insistance est telle et semble si bien justifiée, que je le laisse sortir. Il ne veut pas être accompagné. Température, à 8 heures, 37°. Le soir à 4 heures et demie, je le trouve de retour; il a réglé ses affaires à son gré, il ne se sent pas trop fatigué, il prend même devant nous un potage avec plaisir.

Le 20. Même état d'affaissement et de langueur; pas de diarrhée. A 4 heures du soir pouls à 80; température 37,2.

Le 21. La nuit précédente a été un peu agitée; ses voisins l'ont entendu parler assez longtemps à demi-voix; il prétend avoir bien dormi. La langue est blanche, humide; absence de fièvre. A trois heures de l'après-midi, le malade est trouvé se tordant sur son lit, accusant de violentes coliques et de la diarrhée; le ventre est rétracté, un peu douloureux, cependant la palpation et la percussion sont bien supportées; il n'y a pas de météorisme; la bouche est sèche, la soif vive, pas de vomissements. La peau est sèche, le pouls à 96, la température à 38,4. Nous pensons à la rupture dans l'abdomen d'un abcès profond, ou à une perforation intestinale. On administre 10 centigrammes d'extrait d'opium.

Le 22. Les douleurs ont continué toute la nuit; le malade s'est

seulév plus de dix fois pour aller à la garde-robe. Le matin la face est grippée, hippocratique; la langue est sèche, très rouge; pas de vomissements; la soif est ardente, elle a tourmenté le malade toute la nuit. Il répond parfaitement aux questions, accuse du ténésme vésical et de la dysurie; il descend malgré nous de son lit pour essayer d'uriner dans la station verticale. La palpation de l'abdomen est peu douloureuse, et sans exciter ses plaintes nous pouvons percuter et limiter la vessie, qui est vide; nous explorons ainsi doucement la rate, le foie, les régions iliaques. Pendant cet examen nous découvrons sous le fourreau de la verge une ecchymose assez large, et limitée à cette région; très étonné de cette coloration, qui d'après lui n'existait pas la veille, le malade nous interroge avec curiosité pour savoir d'où provient cette teinte; l'intégrité relative de l'intelligence contraste avec la gravité de son état, et avec son aspect cholériforme. Pouls, 120. Température axillaire à neuf heures, 39,4. Application de collodion sur l'abdomen; extrait d'opium 15 centigrammes.

Le malade s'éteint à deux heures.

(Voir le tracé n° 2.)

Autopsie. — En incisant la paroi abdominale, on tombe sur un infarctus siégeant au tiers inférieur des deux muscles droits; une vaste ecchymose, rougeâtre, s'étend sous le péritoine pariétal jusqu'à la face supérieure de la vessie. Le tissu musculaire des deux muscles droits est réduit en une bouillie noirâtre, dans une étendue de quatre centimètres de diamètre, aux dépens de la moitié postérieure de l'épaisseur du muscle, et immédiatement sous le péritoine: de ce foyer partent des infiltrations sanguines dans le tissu cellulaire jusqu'au niveau de la verge. Le foyer hémorrhagique et la rupture musculaire sont moins prononcés et moins étendus à gauche qu'à droite. Un autre infarctus de la grosseur d'une noix existe également dans le psoas droit; on en trouve un autre au tiers moyen du droit interne; les muscles adducteurs droits laissent voir à leur surface et à la coupe des marbrures irrégulières, correspondant à des noyaux où le tissu musculaire a exactement la consistance et l'aspect du poumon au deuxième degré d'hépatisation. Le tissu cellulo-adipeux qui recouvre ces muscles est infiltré de sang dans une grande étendue, mais l'imbibition n'a pas encore envahi toute l'épaisseur du derme et la coloration de la peau est presque

normale. L'étude histologique des fibres musculaires a été faite avec soin, mais ne peut trouver place ici; elle peut se résumer en ces termes : absence de striation, aspect vitreux, renflement inégal d'un très grand nombre de fibres, alternant avec d'autres fibres simplement granuleuses; multiplication commençante et prolifération nucléaire peu avancée des cellules musculaires; traces à peu près nulles de processus réparatif.

L'épiploon et le péritoine sont très injectés, couleur lie de vin, recouverts de flocons blanchâtres et d'une couche mince de pus; la péritonite est généralisée, et ne semble pas avoir de foyer principal. On examine avec le plus grand soin les anses intestinales l'une après l'autre pour découvrir une perforation probable; il est impossible d'en trouver la moindre trace à l'extérieur.

L'intestin est incisé dans toute sa longueur: côlon descendant sain, de couleur normale; dans le côlon transverse une seule ulcération folliculaire de 1 centimètre de diamètre, peu profonde; côlon ascendant normal. Les valvules iléo-cæcales sont couvertes, sur leurs deux faces, de plaques de Peyer ulcérées; les unes contiennent encore des tourbillons jaunâtres, ramollis, en voie d'élimination; le plus grand nombre présente des ulcères à fond gris, bien détergés, en général profonds; aux points correspondants le péritoine est plus violacé qu'ailleurs, et recouvert d'une couche concrète de pus: malgré une recherche très attentive, par l'examen direct ou par transparence, on ne découvre aucune solution de continuité. Au-dessus du cæcum, dans l'étendue de 1 mètre et demi, la muqueuse de l'intestin grêle est parsemée de plaques de Peyer ulcérées, à fond détergé; en outre les follicules isolés sont généralement envahis, leur fond est très voisin du péritoine; mais là encore nulle trace de perforation. A 1 mètre 50 de la valvule, la muqueuse reprend ses caractères normaux, et on n'y trouve plus une seule plaque infiltrée ou ulcérée. Les ganglions mésentériques sont enflammés, ramollis, on n'en trouve aucun qui contienne un véritable foyer purulent.

Foie sain; rate diffluente de 13 centimètres de hauteur; poumons sains, reins congestionnés, néphrite catarrhale banale; cœur flasque, pâle; fibres granuleuses en un grand nombre de foyers, mais sans prolifération nucléaire. Nulle trace de tubercules.

Malgré sa longueur, nous avons donné cette observation sans la résumer, parce que nous pouvons en tirer de nombreuses déductions. Ici encore, ce sont les symptômes nerveux et le malaise qui dominent. Ni épistaxis, ni taches. Mais il y a une légère bronchite, et la diarrhée s'est manifestée à diverses reprises. Enfin, l'urine contenait une quantité notable d'albumine. Mais ce qu'il y a de plus remarquable, ce sont les dégénérescences musculaires. On a dit, en effet, que ces dégénérescences, assez communes dans la fièvre typhoïde, étaient dues à l'élévation considérable de la température pendant un tempsassez long. La myosine, en effet, se coagule à 44°, mais elle s'altère déjà à 42°, et les températures hyperpyrétiques peuvent produire cette altération, ainsi qu'il résulte des travaux de Liebermaster et de Martini, ainsi que de ceux de M. Vallin lui-même. Ici l'apyrexie était complète, et il faut donc admettre qu'en dehors de l'extrême température fébrile, l'intoxication typhique est suffisante pour amener cette dégénérescence chez un individu profondément débilité. D'après M. Vallin, les ruptures musculaires auraient pu être évitées, si le malade était resté immobile dans son lit.

Nous ne donnons guère que pour mémoire l'observation suivante :

OBSERVATION III.

Publiée par M. Sevestre dans le Bulletin de la Société anatomique, 1871.
Dothiésentérie latente. Perforation intestinale. Autopsie.

M. Sevestre présente l'intestin d'un homme mort à l'âge de 35 ans.

Entré à l'hôpital avec les symptômes d'une perforation intestinale survenue subitement, et le malade succombait quatre jours après.

A l'autopsie on a trouvé plusieurs plaques de Peyer ulcérées. La perforation occupait l'intestin grêle, à 55 centimètres du cæcum. D'après le présentateur, ce serait un de ces cas rares de fièvre typhoïde sans symptômes apparents bien accusés, jusqu'au moment où des accidents graves viennent éclater.

Devons-nous voir là un cas de dothiéntérie apyrétique? Nous ne pouvons l'affirmer, car le malade n'a été vu qu'au moment où il était sous le coup d'une complication. Cependant d'après M. Sevestre, qui a bien voulu nous entretenir de ce malade, la dothiéntérie ne se serait manifestée avant l'entrée du malade à l'hôpital que par des symptômes excessivement légers, et il est fort probable que la fièvre a fait défaut.

Au contraire, le malade qui fait l'objet de l'observation suivante a été suivi avec le plus grand soin, et bien que la terminaison ait été heureuse et que les taches aient manqué, elle est très caractéristique.

OBSERVATION IV.

Publiée par M. le Dr E. Vallin, dans les Arch. gén. de méd., 1873.

Dothiéntérie apyrétique. Hémorrhagie intestinale. Guérison.

Le nommé B... (Français), infirmier, âgé de 24 ans, entre le 21 mai 1867 dans mon service au Val-de-Grâce. C'est un homme vigoureux, bien constitué, au service depuis 13 mois.

Malaise général, courbature, anorexie depuis cinq jours. Un éméto-cathartique le 19. A l'entrée, le 22 mai, pouls à 72, peau fraîche; langue blanchâtre, pâteuse, sans sécheresse, anorexie complète; deux selles hier en vingt-quatre heures; pas de douleur

dans la fosse iliaque. Intelligence très nette; le malade se plaint surtout de courbature, de brisement des membres, de vertige quand il veut marcher, de céphalalgie habituelle; il y a eu une légère épistaxis le matin. Température le matin 37,2, le soir à 7 heures 36,6.

Le 23. Même état que la veille; céphalalgie persistante, sommeil difficile la nuit, pas de diarrhée; anorexie complète; pas de taches rosées. Température le matin 37°, le soir 37,2.

Du 24 mai au 1^{er} juin le malade reste dans cet état d'indisposition mal définie; intelligence complète, sans traces de stupeur; il accuse de la faiblesse, de la tendance au vertige, ce qui ne l'empêche pas de se lever plusieurs fois chaque jour; céphalalgie persistante, rêvasseries la nuit; anorexie absolue, pas de diarrhée, de gargouillement ni de taches rosées. La température du matin et celle du soir oscillent de quelques dixièmes au-dessous de 37°, sans dépasser jamais 37,4. On en est conduit à soupçonner la simulation et on surveille attentivement le malade pour savoir s'il ne se procure pas des aliments en cachette.

Le malade était resté levé plusieurs heures le 1^{er} juin; le soir, à 5 heures, il cause avec nous fort tranquillement: la température étant à 37,4.

Le 2. Au matin nous le trouvons dans un état de prostration très marqué (collapsus); face pâle, pouls faible, peau fraîche, humide, à 36,4; il répond péniblement aux questions; facies très altéré; ventre non ballonné, indolent. On nous présente un vase de nuit contenant près de 1 litre de sang noir, épais, fluide. Le malade raconte qu'au milieu de la nuit il a senti des coliques; il s'est levé, à traversé la salle, pour gagner les latrines; là, après une selle liquide très copieuse, il a eu une défaillance; il a pu cependant appeler l'infirmier de garde qui a été obligé de le porter dans son lit; le sol des latrines était couvert d'une assez grande quantité de sang noir. Le médecin de garde trouva le malade prostré, très refroidi, se plaignant encore de coliques; il ordonna une potion au perchlorure de fer, l'application de compresses froides sur l'abdomen. Une demi-heure après, le malade rendit encore une selle sanglante, qu'on nous présente ce matin, et qui, défalcation faite de l'urine, est de plus de 400 grammes. Pouls faible à 116. Température 36,4. Potion avec perchlorure de fer,

glace à l'intérieur et sur l'abdomen. Le soir, teint animé, peau chaude, pouls redoublé, dépressible, à 120. Température axillaire, 39,2. Le malade n'a pas eu de selle nouvelle; coliques assez fréquentes, ventre souple, non douloureux, pas de taches rosées.

Le 3. Prostration très marquée; le malade répond mal aux questions; langue sèche, fuligineuse, facies altéré; il a un peu parlé la nuit précédente; une selle noirâtre, peu abondante, hier soir, pouls à 112. Température le matin 38,8, le soir 39,6.

Les jours suivants, la prostration augmente, ainsi que le délire la nuit; le malade ne retient pas son urine; face altérée, amaigrissement très notable depuis quelques jours. Diarrhée peu abondante, selles encore colorées par le sang. Pas de taches rosées. Rougeur et pustules de rupia au sacrum. Ces lésions de décubitus continuent à se développer, malgré des soins très grands de propreté, le pansement au tannate de plomb, etc.

Le 7. Eschare assez étendue au sacrum, qui augmente chaque jour de largeur et de profondeur.

Le 16. Elle se détache et met à nu le sacrum dans une étendue de plus de cinq centimètres; le périoste est enlevé, l'os est à nu, parfaitement net, et peu à peu, sous la table grisâtre, on voit poindre des bourgeons charnus. La température, qui pendant cinq jours après l'hémorrhagie s'est maintenue entre 39° le matin et 39,5 le soir, tombe progressivement à 38,5, puis à 38° le matin, tandis qu'elle reste à 39,5 le soir. Au moment où l'eschare se détache, le 16 juin, la différence est encore plus marquée, la température du matin descend jusqu'à 37°, celle du soir restant à 39°.

Le 1^{er} juillet, le malade commence à se lever, et le 18 juillet la cicatrisation est assez avancée pour qu'il puisse aller en convalescence.

La courbe que nous donnons (n° 3) présente quelques lacunes: en effet l'observation au début paraissait n'avoir qu'un médiocre intérêt, et le tracé ne fut continué que parce que, à un certain moment, il s'éleva une discussion au sujet de ce malade, pour savoir si l'on avait affaire à un embarras gastrique ou à un typhus abortif.

Nous n'avons, dans ce cas, ni taches ni bronchite. Une légère épistaxis s'est produite le sixième jour de

l'affection. La diarrhée a fait défaut, ainsi que tout phénomène abdominal, jusqu'au jour de l'hémorrhagie. Il n'y avait pas de traces de stupeur, mais la faiblesse, les vertiges et la céphalalgie étaient très accentués. Ce cas était donc d'un diagnostic très difficile et, sans la complication, on n'aurait probablement pas affirmé la dothiéntérie. Il est d'ailleurs impossible de rattacher une hémorrhagie abondante, survenant au dix-septième jour d'une affection, à une autre maladie que la dothiéntérie. On voit donc que dans les cas les plus bénins en apparence et les moins bien caractérisés, le pronostic devra toujours être réservé. Enfin, le malade a présenté une autre complication de la fièvre typhoïde, l'eschare au sacrum, qu'on doit rattacher surtout à l'état d'adynamie profonde qui fait le principal danger de l'affection.

A côté de ce cas, nous plaçons le suivant qui présente avec lui de grandes analogies, mais qui s'est montré beaucoup moins sérieux. C'est une communication verbale de M. le Dr Sevestre.

OBSERVATION V.

Dothiéntérie apyrétique. Hémorrhagie intestinale. Guérison.

Mlle X..., âgée de 17 ans, d'une bonne santé habituelle, est prise de malaise, de céphalalgie, d'inappétence. Ces symptômes s'accusent chaque jour. Elle dort mal, devient apathique. La soif est assez vive. On lui donne un purgatif qui ne produit aucune amélioration.

Elle continue cependant ses occupations habituelles, mais avec une sorte de dégoût. Elle est d'ailleurs très abattue, se fatigue pour

une chose insignifiante, et est obligée de prendre une voiture pour des promenades qu'elle faisait d'ordinaire à pied.

L'apyrexie est absolue.

Un jour elle rend aux cabinets une certaine quantité de sang. Elle est prise alors d'une grande faiblesse, devient très pâle. La peau est très froide.

A partir de ce moment elle garde le lit; l'amélioration ne tarde pas à se faire sentir, et au bout de quelques jours elle est entièrement rétablie, sans que la température se soit élevée un seul instant.

Quelque temps, après elle perd ses cheveux.

La recherche des taches n'a pas été possible; l'examen des urines n'a pas été fait.

En opposition à ces cas, dans lesquels une complication imprévue a modifié la marche de l'affection, nous allons en citer d'autres dans lesquels la maladie a évolué sans accident. Les phénomènes ordinaires ne s'y trouvent guère mieux accentués, mais la présence de taches a rendu le diagnostic plus certain et a mieux complété le tableau clinique.

OBSERVATION VI. (Personnelle.)

Dothiéntérie apyrétique. Taches rosées lenticulaires. Guérison.

Le nommé Turbé (Jules), garçon pâtissier, entre à l'hôpital Saint-Antoine, le 16 septembre 1882, salle Axenfeld, lit n° 7, dans le service de M. Dieulafoy, remplacé par M. Dreyfus-Brisac.

Ce jeune garçon est né à Paris. Il est âgé de 17 ans, mais il en montre à peine 14. Il est petit, pâle, d'une constitution chétive. Son visage malingre fait songer au rachitisme. Il présente en effet une incurvation légère des deux tibias; de plus il est porteur de dents d'Hutchinson typiques, à double étage, à la mâchoire supérieure comme à la mâchoire inférieure, et il a à la région fessière plusieurs cicatrices peu apparentes.

Il y a trois mois et de mi, il est entré à l'hôpital Saint-Antoine (salle Aran) pour une angine; il en est sorti au bout de cinq semaines. Il dit n'avoir jamais eu d'autre maladie.

Il y a huit jours il s'est senti un peu mal à la tête. Depuis ce moment jusqu'à son entrée à l'hôpital, il a eu des vertiges, des éblouissements, il titubait. La nuit il dormait, mais son sommeil était troublé par des rêves; il parlait tout haut et était très agité. Durant cette période de huit jours, il a eu des épistaxis très abondantes. Pas de bourdonnements d'oreille, ni de toux.

Depuis le début de son affection jusqu'à son entrée à l'hôpital, il a été très constipé, mais n'a point souffert dans le ventre. Deux jours avant son entrée il a eu un peu de diarrhée, puis la constipation s'est rétablie.

Etat actuel. — 17 septembre. Cet enfant a l'air hébété, ses yeux sont hagards; il est très abattu, et, sauf la pâleur des joues, il a absolument l'aspect d'un typhique. Il y a une légère trémulation de la langue et des lèvres. La langue est sale, rouge aux bords et à la pointe, sèche, non étalée. Pas de fuliginosités. La constipation persiste. Le ventre est tendu, mais non douloureux; pas de tympanisme. Le malade ne tousse pas.

La température axillaire, qui était de 38,8 la veille au soir, est ce matin de 36,4. Le pouls est à 90.

En explorant l'abdomen, on détermine de la douleur et du gargouillement dans la fosse iliaque droite.

La rate semble légèrement augmentée de volume. Le foie est normal. L'urine ne contient pas d'albumine.

A l'auscultation on entend quelques râles sibilants disséminés dans toute l'étendue des poumons. Rien d'anormal au cœur.

Au niveau du dernier cartilage costal du côté droit, et un peu au-dessous du point correspondant du côté gauche, se trouvent deux taches rosées lenticulaires incontestables. Une autre, un peu douteuse, existe au niveau de l'ombilic.

En conséquence, en se basant sur l'ensemble des signes, et en particulier sur les épistaxis, le facies, l'aspect de la langue, l'état de la fosse iliaque, et surtout sur la présence de taches rosées lenticulaires, on porte, malgré l'apyrexie absolue, le diagnostic de dothiérientérie au neuvième jour, et on met le malade à la diète avec bouillon et potages.

18 septembre. Température de la veille au soir, 36,8; ce matin 36,9. On prescrit deux verres d'eau de Sedlitz qui déterminent une légère diarrhée. L'une des taches a disparu.

Le 19. Température de la veille au soir, 36,8; ce matin, 36,8. Plus de taches rosées lenticulaires.

Le 23. Pendant les jours précédents la température est restée à peu près aux mêmes chiffres. Le malade va régulièrement à la garde-robe, les selles sont moulées. Les divers signes typhiques ont disparu peu à peu. Dès le 21 le malade demandait à manger, mais il a avoué depuis qu'il l'avait fait un peu par bravade, et sans avoir faim. Le 23 il insiste davantage, et on lui permet un œuf sans pain. La température était le matin 36,1.

Le 24. La veille au soir, à 4 heures, le thermomètre marquait 35,7. Cette chute considérable est restée absolument inexpliquée, le malade n'ayant eu ni diarrhée, ni sueurs, ni hémorrhagie intestinale, comme l'a démontré l'examen des selles les jours suivants. Le malade a mangé la veille au soir un œuf sans pain, et ce matin la température est remontée à 36,8. On remet le malade au bouillon.

Le 25. La température était hier soir de 37,4; ce matin de 37,1.

Le 26. Hier soir encore une chute inexpliquée à 36,2. Ce matin 36,6. Comme il demande encore à manger, on lui permet de nouveau un œuf sans pain.

Depuis ce moment, à part une troisième chute à 36,2 qui s'est produite le 27 au soir, le thermomètre a toujours marqué 37° matin et soir. On a continué à alimenter le malade en augmentant peu à peu les doses, et le mieux s'accroît de jour en jour jusqu'à son départ pour Vincennes, le 14 octobre.

Le poulx n'a pas été pris d'une manière suivie, mais toutes les fois qu'on l'a pris, on l'a trouvé de 90 à 100 pendant la maladie de 70 à 80 à partir du 21 septembre.

L'examen des urines n'a pas été renouvelé.

Nous ne pensons pas qu'on puisse nous contester le diagnostic porté chez ce malade, bien que nous n'en ayons pas eu la consécration anatomique. La dothiérien-térie s'y est montrée complète, sauf au point de vue

de la fièvre. La diarrhée même s'est manifestée, un jour seulement, il est vrai. Aussi, est-ce ce jeune homme, qui, d'ailleurs, nous a donné l'idée de notre thèse, que nous prendrons pour type de notre description. La température a été prise avec le plus grand soin, et nous en reproduisons (fig. IV) le curieux tracé. Nous avons suivi ce malade pendant tout son séjour à l'hôpital, et nous avons pu constater que depuis le jour de son entrée jusqu'au moment où il a commencé à manger un œuf, il n'a pas pu quitter son lit ; ce n'est donc pas là une forme ambulatoire.

Quelque temps auparavant, nous avons pu voir dans la même salle un autre cas presque aussi bien caractérisé et tout à fait analogue, dont voici l'histoire.

OBSERVATION VII (résumée).

Due à l'obligeance de M. Benoît, externe des hôpitaux.

Dothiéntérie apyrétique. Taches rosées lenticulaires. Guérison.

Le nommé Van Montfort (Pierre), âgé de 34 ans, ébéniste, entre à l'hôpital Saint-Antoine, le 29 juillet 1882, dans le service de M. Dieulafoy, salle Axenfeld, lit n° 41.

Cet homme dit qu'il est malade depuis environ trois semaines. Son affection se serait manifestée à la suite d'un écart de régime.

Au début il a eu quelques épistaxis. Il se sentait mal entrain, fatigué, courbaturé. La céphalalgie frontale était très vive. Enfin il avait de la diarrhée, à certains jours il allait huit à dix fois à la selle. Il n'avait ni bourdonnements d'oreille ni vertiges. Il avait eu aussi des coliques et des vomissements alimentaires.

Cet état se prolonge trois semaines, sans qu'il interrompe son travail. Au bout de ce temps il se décide à venir à l'hôpital.

A l'examen du 30 juillet, on trouve un homme affaibli, au facies

abdominal, mais n'ayant pas la stupeur typhique. La langue est sèche, sale, rouge aux bords et à la pointe. Il n'y a pas de douleur à la pression dans la fosse iliaque droite; l'abdomen n'est pas météorisé. La rate ne semble pas hypertrophiée. La diarrhée a un peu diminué. Sur la paroi antérieure de l'abdomen se trouvent plusieurs taches rosées lenticulaires. L'apyrexie est absolue (37°). Le malade tousse un peu, mais l'auscultation ne révèle aucun bruit morbide dans la poitrine. L'urine ne contient pas d'albumine.

Deux ou trois jours après, les taches ont disparu, tous les symptômes se sont amendés, et le malade insiste pour avoir à manger, ce qu'on ne lui permet que huit jours plus tard. Il sort guéri le 12 août, sans avoir eu pendant ses quinze jours de séjour à l'hôpital plus de 37,4.

Cette observation est très caractéristique. Devons-nous considérer la suivante comme un cas de dothiéntérie apyrétique?

OBSERVATION VIII (résumée).

Publiée par M. Grandmottet, dans la Gaz. des hôpitaux en 1868.

Les maladies des vieillards ont quelque chose d'insidieux qui peut tromper parfois le praticien le plus éclairé.....

Le malade avait 67 ans. La dothiéntérie avait débuté depuis vingt-sept jours environ, mais avec lenteur. Durant quelques jours, tristesse, perte graduelle des forces et de l'appétit, céphalalgie frontale, tendance à la diarrhée, moins de sommeil. L'augmentation de ces symptômes obligea le malade de se mettre au lit. La maladie se dessina dès lors avec des caractères bien tranchés : langue d'un jaune pâle, rouge sur les bords, ventre un peu douloureux à la pression, gargouillement dans la fosse iliaque du côté droit, taches rosées lenticulaires sur la peau du ventre. Après le premier septénaire il y a eu une diarrhée jaunâtre ; de nouveaux symptômes ont apparu du côté du système nerveux : stupeur prononcée, immobilité des traits, prostration complète, surdité, raideur des membres, somnolence, coma vigil, pouls au-dessus de 100 avec le caractère décrit. Au bout de quelques jours le malade était guéri,

M. Grandmottet ne parle pas de la température; il n'a d'ailleurs vu le malade que le vingt-septième jour. Néanmoins, comme tous les symptômes de la dothiéntérie se sont rencontrés très nets, et qu'il insiste sur le caractère insidieux de la maladie, il est probable que la fièvre a fait défaut ou a été peu accusée.

Nous avons parlé d'une observation de Hugues Bennet, citée par M. Jaccoud. La température n'y a point été prise, mais comme Bennet rapporte ce cas sous le nom de fièvre typhoïde insidieuse terminée par une perforation, nous croyons pouvoir dire que l'apyrexie a été tout au moins relative.

De toutes les observations de Louis, il n'en est qu'une, la cinquante-quatrième, que nous croyions devoir mentionner, car dans toutes les autres, qui sont des cas de typhus ambulatoire, les malades ont eu plusieurs frissons dans tout le cours de leur affection, de la chaleur plus ou moins forte et un visage plus ou moins animé; tandis que dans la cinquante-quatrième, il semble que ces phénomènes aient été nuls.

OBSERVATION IX (résumée).

Extraite du Traité de la fièvre typhoïde de Louis.

Depuis quinze jours le malade avait de la diarrhée, de la toux, de la céphalgie, de la perte d'appétit et une soif vive. Il y avait eu quelques frissons, mais au début seulement.

Le seizième jour, jour de l'entrée à l'hôpital, l'attitude était naturelle, la faiblesse médiocre, la figure convenablement colorée, la langue sèche, blanche, rouge aux bords, la soif et l'anorexie considérables; il y avait de la diarrhée, mais pas de douleur dans la fosse iliaque droite.

La chaleur était médiocre, le pouls à 96.

Mais à partir du lendemain, la chaleur augmente, le ventre se météorise, devient douloureux, et deux jours après la mort survient.

A l'autopsie on trouve plusieurs plaques de Peyer infiltrées, trois ulcérations de ces plaques et une petite perforation. La rate était volumineuse.

Si ce cas ainsi que les deux précédents n'ont pas été absolument apyrétiques, ils ont certainement présenté une température excessivement peu élevée, et peuvent servir de trait d'union entre la forme dont nous nous occupons et celle que l'on observe d'ordinaire. Nous avons entre les mains une observation dans laquelle la température n'a pas dépassé 38°,4.

Si nous essayons maintenant, à l'aide de ces diverses observations, de nous faire une vue d'ensemble sur la forme apyrétique, voici ce que nous pouvons constater.

Le début est à peu près identique, sauf pour la marche de la température, à celui d'une dothiéntérie normale. Quelquefois il y a des épistaxis, de petits frissons et des symptômes abdominaux, mais ceux-ci sont peu accusés. La diarrhée n'est pas très fréquente, le tympanisme est rare. La douleur dans la fosse iliaque, peu marquée, ne se produit guère qu'à la pression et n'existe même pas toujours. Le gargouillement n'a pas une grande valeur diagnostique ; mais il n'en est pas de même lorsqu'on le rencontre sans diarrhée, comme dans notre sixième observation. Le gonflement de la rate n'a pas été toujours nettement appréciable, même dans les cas où l'autopsie a découvert une hypertrophie con-

sidérable de cet organe, de sorte qu'on ne doit guère compter sur ce symptôme.

Il n'en est pas de même des phénomènes nerveux que nous avons toujours rencontrés suffisamment accentués. Même dans le cas de M. Vallin (obs. 4), où il n'y avait ni prostration ni stupeur, nous pouvons remarquer que la faiblesse était très grande, et qu'il y avait tendance aux vertiges, céphalalgie considérable, rêvasseries la nuit. Quand à ces troubles s'ajoutent la prostration et la stupeur, la lenteur des réponses, la tremulation de la langue et des lèvres, la courbature, les douleurs dans les membres, et ce facies typhique sur lequel nous avons insisté, le tableau clinique est suffisamment complété.

Le pouls est un peu accéléré, parfois dicrote. La bronchite est toujours légère. L'albuminurie a été observée, indice d'une profonde intoxication. Les taches rosées sont moins fréquentes que dans les autres formes de la dothiéntérie; elles sont peu abondantes et se montrent à la même époque que dans la forme ordinaire.

Tantôt le malade continue à vaquer à ses occupations, tantôt il est obligé de garder le lit.

Au bout de quelques jours, tous les symptômes disparaissent peu à peu, et on pourrait croire la maladie terminée. Mais il n'en est rien : les altérations intestinales, bien que la réaction fébrile ne soit pas là pour nous en avertir, continuent leur évolution silencieuse. Nous sommes en droit de conclure que cette évolution n'est pas plus rapide que dans la forme normale, puisque les accidents qui ont été observés se sont produits

du dix-septième au vingt-cinquième jour, et que dans les cas favorables la guérison n'a été complète qu'au bout de trois semaines au moins. D'après cette durée, ainsi que d'après les autopsies que nous avons rapportées, on voit que cette altération passe par les trois phases d'infiltration, d'ulcération et de cicatrisation que nous avons décrites, de sorte que, très longtemps encore après que tout phénomène morbide a disparu, et que le malade a commencé à se plaindre de la faim, il est exposé aux complications ordinaires de la maladie.

Ces complications, qu'il nous est facile d'indiquer d'après les cas que nous citons, ne portent guère que sur l'appareil digestif. Vu le peu d'intensité des manifestations broncho-pulmonaires, on comprend que nous n'ayons rencontré ni pneumonie ni broncho-pneumonie; il n'est cependant pas impossible qu'il s'en produise, mais on ne devrait guère les redouter que si, dès le début, on observait une prédominance des phénomènes du côté de l'appareil respiratoire; toute l'attention doit donc se porter du côté de l'abdomen.

L'hémorrhagie intestinale est la moins grave de ces complications, puisque, dans les deux cas que nous citons, la maladie s'est terminée heureusement. Dans un de ces cas même, elle semble avoir produit une dérivation salutaire; mais dans l'autre, elle a longtemps tenu le patient dans un dangereux état d'épuisement, ce que l'on doit attribuer sans doute à l'état plus adynamique du malade et à la plus grande abondance de la perte de sang.

Nous avons trouvé un cas de péritonite sans perfora-

tion. Ce n'est d'ailleurs pas un phénomène très rare dans la fièvre typhoïde; M. Thirial lui a consacré un mémoire (1), ainsi que M. Bourdon (2). Cette péritonite peut avoir une gravité très variable, suivant qu'elle est plus ou moins circonscrite, ou généralisée.

Mais de toutes les complications intestinales, la plus redoutable est sans contredit la perforation; c'est également celle qui a le plus tendance à se produire, soit à cause de la nature même des lésions, soit par suite des écarts de régime. On a cité des cas où, par une heureuse disposition d'adhérences péritonéales antérieures, la perforation n'a pas amené la mort; mais qui aurait la prétention d'y compter? C'est donc surtout la perforation que l'on doit craindre, et que l'on doit chercher à éviter.

Nous avons vu enfin l'eschare au sacrum et la dégénérescence des muscles. Ces complications doivent être exceptionnelles dans la forme apyrétique; mais, enfin, on les y a rencontrées. Il faut les mettre sur le compte de l'intoxication typhique. Cet empoisonnement, bien que ne produisant pas de réaction fébrile, peut donc, exceptionnellement, être aussi considérable que dans n'importe quelle autre forme, et nous devons en conclure que toutes les autres complications qu'il peut produire pourront se rencontrer dans la forme apyrétique. D'ordinaire, néanmoins, le virus se trouve atténué, et le malade n'est guère exposé qu'aux complications intestinales.

(1) Union médicale, 1853.

(2) Union médicale, 1856.

Il y a donc lieu d'admettre cette forme légère. Il en est d'ailleurs de la dothiéntérie comme des autres maladies infectieuses et même de certaines phlegmasies, qui présentent, à côté de formes complètement développées, toutes les formes intermédiaires jusqu'aux plus légères et aux plus frustes. La scarlatine est souvent aussi insidieuse ; la fièvre jaune également ; la pneumonie des vieillards ne donne souvent lieu qu'à des phénomènes d'auscultation. La variole et la rougeole ont leurs formes frustes, et la dothiéntérie n'y fait point exception.

VI.

ÉTIOLOGIE.

Nous devons nous demander s'il est possible de reconnaître des causes à cette absence d'élévation de la température. Bien que la question soit très difficile, et que nous ne puissions y répondre que par des hypothèses, nous croyons devoir en dire quelques mots.

Trois ordres de causes sont capables de modifier la température, aussi bien chez un individu bien portant que chez un malade : ce sont les influences extérieures, les conditions et dispositions individuelles, les processus organiques (Griesinger).

De toutes les causes de premier ordre (médicaments, boissons, lotions, bains, pertes de sang, privation de nourriture, diarrhée, surtout quand elle est provoquée artificiellement, vomissements, sueurs), nous n'en voyons aucune, sauf peut-être la privation de nourriture, qui ait pu agir chez nos malades, et encore cette privation d'aliments n'a-t-elle pas été plus considérable que chez d'autres qui, toutes choses égales d'ailleurs, atteignent des chiffres thermiques très élevés. Néanmoins nous la ferons entrer en ligne de compte, comme se surajoutant à d'autres causes.

Nous rencontrons au contraire dans les dispositions

individuelles des raisons, un peu hypothétiques il est vrai, mais plus applicables à nos malades. Il faut tenir compte d'abord de la réceptivité morbide de l'organisme pour le poison typhique, qui est tellement variable que les effets produits par les mêmes causes peuvent être très accentués chez les uns, incomplets, insignifiants ou nuls chez les autres (Jaccoud).

L'observation de M. Grandmottet nous permet de supposer que lorsque la dothiéntérie se montre, ce qui est d'ailleurs exceptionnel, chez un individu âgé, elle peut être excessivement insidieuse. Peut-être le malade auquel il est fait allusion n'a-t-il pas eu de fièvre; en tout cas il en a eu très peu. Wunderlich dit également (1) que, après 40 ans, la température est plus irrégulière et plus basse que chez l'adulte. Cela s'explique assez aisément, soit par une prédisposition moindre qui permet au malade de n'avoir qu'un virus atténué, soit par ce défaut de réaction qu'on observe si fréquemment chez les vieillards, en particulier dans leur pneumonie.

De même, dans le jeune âge, ainsi que l'ont fait remarquer tous les auteurs qui ont étudié la fièvre typhoïde chez les enfants, la température s'élève peu. Chez eux les plaques molles sont plus fréquentes que les dures, les ulcérations sont rares, et par suite les hémorrhagies et les perforations exceptionnelles. Aussi la guérison est la règle. Ces faits indiquent une intoxication moindre que chez l'adulte, et l'on peut dire qu'à un

(1) Wunderlich, *loc. cit.*, p. 325.

processus plus bénin doit correspondre une fièvre plus légère. Nous avons même dit, d'après les auteurs que nous avons cités, que la température peut rester normale chez les enfants, mais nous n'en avons aucune observation.

De plus, d'après Rilliet et Barthez, la fièvre typhoïde aurait surtout cette bénignité exceptionnelle quand elle est consécutive à une autre maladie, à une fièvre éruptive par exemple, et ils citent deux cas à l'appui. Nous avons recherché quelque chose d'analogue dans les antécédents de nos malades, mais les résultats ont été à peu près négatifs. Cependant chez l'un d'eux, celui qui fait l'objet de notre 6^e observation, et qui d'ailleurs est presque un enfant, puisqu'il n'a que 17 ans et en montre beaucoup moins, nous avons trouvé des traces de rachitisme, ainsi que cette altération particulière des dents, et ces cicatrices fessières que M. le professeur Parrot considère comme des indices de syphilis héréditaire. Un autre, l'algérien de M. Vallin, est un paludéen. Y aurait-il dans ces états morbides une cause d'atténuation du virus typhique? C'est une question que nous ne pouvons résoudre, bien que Wunderlich dise (1) que la température est plus basse chez les anémiques et chez ceux qui ont une maladie chronique, et bien qu'il soit reconnu que chez les individus débilités les caractères de la fièvre sont plus ou moins modifiés et atténués. (2)

(1) Wunderlich, loc. cit., p. 325.

(2) M. Maurice Raynaud a eu, il y a deux ans, dans son service une femme de plus de 60 ans, qui était entrée pour une éruption syphiliti-

Quoi qu'il en soit de ces explications, que l'atténuation du virus soit due à l'âge, à la constitution du malade, ou à toute autre chose qui nous échappe, nous croyons que la principale raison de l'apyrexie réside dans deux causes liées à la nature intime de la maladie: à cette atténuation du virus d'abord, qui rend moins active la dénutrition des tissus, et agit moins énergiquement soit sur les centres nerveux vaso-moteurs ou calorigènes, soit sur le liquide sanguin; et ensuite au peu d'importance des déterminations locales. Hamernjk a décrit dans la dothiéntérie une fièvre primitive correspondant à l'infiltration et une fièvre secondaire correspondant à l'ulcération. Cela est en grande partie exact: sans doute l'altération intestinale doit agir au même titre que la bronchite et que les autres localisations inflammatoires qui peuvent se produire, pour élever la température; mais il faut bien dire que, abstraction faite de ces déterminations locales, il y a une intoxication bien suffisante pour causer la fièvre. L'influence pyrétogène appartient donc en partie au poison morbide et en partie à ses déterminations anatomiques. Or, nous avons dit que chez nos malades le virus se trouve évidemment atténué par des causes qui nous échappent en partie; d'autre part les localisa-

que, et qui, quelques jours après, lorsque ce phénomène eut disparu, fut prise de céphalalgie, de marmottement continu, de prostration, de diarrhée; elle eut alors une éruption de petites taches rosées. La température s'éleva à peine. M. M. Raynaud en fit une fièvre typhoïde. Peut-être le peu d'intensité de la fièvre était-il dû à la syphilis ou au grand âge.

tions morbides étaient peu accentuées, et il est probable, comme cela s'est observé dans un grand nombre de cas plus ou moins bénins, qu'il n'y avait que peu de plaques de Peyer altérées. Nous en donnons un exemple frappant dans notre première observation; il est vrai qu'à côté de ce cas, nous en citons un autre où le nombre des plaques malades était considérable; mais dans celui-là n'y a-t-il pas eu une autre cause d'apyrexie, peut-être l'impaludisme, que nous ne pouvons préciser?

Ainsi, atténuation du virus d'une part, faible intensité des manifestations locales de l'autre, telles seraient d'après nous deux des causes de cette anomalie. Nous sommes cependant forcé de reconnaître que si l'on peut, au moyen de ces hypothèses, expliquer en partie l'apyrexie, il faut néanmoins invoquer d'autres causes. Est-ce une idiosyncrasie, une prédisposition moindre, un trouble de nutrition particulier, grâce auxquels la maladie évolue silencieusement? Ou bien, par suite d'une débilitation plus ou moins considérable, l'organisme épuisé est-il incapable de faire les frais d'un mouvement fébrile sérieux? Ce sont des questions que nous ne pouvons approfondir.

VI.

DIAGNOSTIC.

Toute la difficulté du diagnostic réside, ainsi que nous l'avons dit, dans l'apyrexie. Il faut y ajouter la bénignité de la maladie, qui rend moins accentués les autres symptômes de la dothiéntérie.

1° Lorsque le malade se présente au médecin dans le deuxième septénaire, portant sur la paroi antérieure de l'abdomen des taches rosées lenticulaires, on ne peut guère hésiter, même si la température est normale. Sans doute, beaucoup d'affections peuvent déterminer un exanthème analogue, mais nous ne croyons pas utile de les différencier de la dothiéntérie, car les symptômes concomitants, le siège de l'éruption, les antécédents suffisent pour ne pas faire prendre pour des taches typhoïdes la roséole qui peut se présenter dans les fièvres éruptives, le typhus, les méningites, le rhumatisme, ou celle qu'on observe quelquefois après l'administration des balsamiques.

Nous croyons devoir nous arrêter cependant sur la roséole syphilitique, qui est précédée et accompagnée de malaise, de courbature, de douleurs dans les membres, de céphalalgie, de vertiges, d'une stupeur à caractères spéciaux, et qui est souvent apyrétique. Il peut

river que le malade en ignore la cause ou ne veuille pas la dire. Mais, on n'hésitera guère devant la disposition et la teinte des taches, devant leur nombre, devant l'exacerbation des douleurs le soir et pendant la nuit. Pour plus de sûreté, on n'a qu'à rechercher des traces de chancre, des plaques muqueuses, des syphilides du cuir chevelu.

La tuberculisation aiguë généralisée revêt quelquefois la forme typhoïde, et peut alors présenter des taches analogues à celles que nous avons décrites. Mais, outre la rareté de cette affection, qui fait qu'on ne doit y penser qu'en second lieu, il y a quelques signes différentiels. Nous ne pensons pas d'abord qu'on l'ait observée sans fièvre, et la température, avec ses exacerbations vespérales et sa marche très irrégulière, est alors un bon signe de diagnostic. En outre, les signes stéthoscopiques sont plus accentués aux sommets des poumons, les crachats sont souvent striés de sang, la dyspnée est intense ; la sensibilité thoracique et abdominale est très exaltée ; on peut même découvrir des granulations tuberculeuses sur la choroïde (Bouchut).

Est-il besoin de parler de la roséole exanthématique simple, qui débute, il est vrai, par des frissonnements, du malaise, de la courbature, des troubles digestifs (nausées, vomissements, diarrhée), mais qui s'accompagne constamment (Enninghaus) d'une fièvre, modérée, il est vrai, et dont l'éruption, généralisée dès le début, se produit deux jours au plus après l'invasion ? (Trousseau).

2° Mais si, comme c'est le cas le plus ordinaire, la

maladie en est à une période où les taches ne doivent pas se rencontrer, ou bien si ces taches manquent ou sont douteuses, on ne peut faire le diagnostic qu'en se basant sur un ensemble de signes, insuffisants s'ils étaient isolés, mais prenant une grande importance parce qu'ils sont groupés et forment un tout caractéristique. Nous avons déjà dit que les épistaxis, les caractères des selles, l'albuminurie, la présence d'une légère bronchite, la douleur dans la fosse iliaque droite, le météorisme, l'hypertrophie de la rate, l'anorexie, la soif et surtout l'aspect typhique du malade et ses phénomènes nerveux (faiblesse, courbature, vertiges, bourdonnements d'oreilles, prostration, stupeur, délire) sont des symptômes à peu près constants; tout au moins se présentent-ils en nombre suffisant pour que la première idée qui s'offre à l'esprit soit celle de dothiéntérie. Si les taches surviennent alors, l'hésitation n'est plus permise, surtout si l'on se trouve, comme c'est le cas pour quatre de nos observations, en temps d'épidémie.

La température ne s'élève pas, il est vrai, mais du moment que le fait n'est pas nouveau, et que, dans un nombre de cas bien plus considérable, la fièvre, tout en existant, a été excessivement légère; du moment, en un mot, que ce symptôme si important peut être en défaut, on ne doit jamais rejeter l'idée de dothiéntérie, et il vaut mieux rester dans un doute prudent, qui est tout à l'avantage du malade.

C'est surtout dans l'embarras gastrique que l'on peut observer cet ensemble de signes sur lesquels nous

avons insisté, et cela d'autant mieux que très souvent la dothiémentérie débute avec toutes les apparences de cette affection ; nous devrions plutôt dire qu'elle débute par cette affection, car, parfois, dans les cas où le diagnostic d'embarras gastrique semble incontestable, le malade ayant fait des écarts de régime, par exemple, les symptômes se modifient peu à peu, et l'on assiste à l'évolution soit d'une dothiémentérie à forme régulière, soit d'une dothiémentérie à forme apyrétique. C'est ce qui s'est produit pour le malade, dont nous parlons dans notre première observation. On doit alors étudier avec le plus grand soin les caractères des divers symptômes : la langue est blanche dans l'embarras gastrique, dans la dothiémentérie elle a des caractères sur lesquels nous avons insisté. Les nausées sont plus spéciales à l'embarras gastrique, la diarrhée séreuse et jaune d'ocre et les phénomènes nerveux à la dothiémentérie. Rappelons enfin que l'albuminurie ne s'observe pas dans l'embarras gastrique, et qu'un émétocathartique a souvent raison de cette affection.

Dans d'autres cas, c'est l'albuminurie qui provoquera l'hésitation, comme cela est arrivé pour l'algérien de M. Vallin. Mais nous avons vu dans cette observation qu'il est facile de rejeter le mal de Bright, l'albuminurie de cette affection s'accompagnant toujours, à un moment donné, d'œdèmes et d'épanchements séreux.

Il y a une autre affection, apyrétique dans sa forme légère, qui se manifeste par de la constipation, quelquefois par des alternatives de constipation et de diarrhée, de la douleur dans la fosse iliaque droite, du tym-

panisme, des vomissements : c'est la typhlite. Mais, le plus souvent, on peut constater un empâtement, une tuméfaction de la région du cæcum, dus à la présence de matières fécales; de plus, la typhlite ne s'accompagne pas de ces phénomènes nerveux que nous considérons comme les plus caractéristiques de la dothiésentérie, pas plus que des autres symptômes moins importants qui portent sur les divers appareils; enfin, l'erreur ne serait pas de longue durée.

C'est ici, croyons-nous, le lieu de distinguer la forme apyrétique d'autres formes de la dothiésentérie qui s'en rapprochent plus ou moins, et, en particulier, du typhus ambulatorio.

Nous ne dirons que quelques mots du typhus abortif. Cette forme, en effet, n'est point apyrétique; sans doute, la fièvre y est en général plus légère que dans la forme ordinaire, mais au début elle se montre identique à ce qu'elle est dans une fièvre typhoïde régulière. Les autres symptômes se comportent de même. Mais la période d'état est écourtée, la défervescence commençant presque aussitôt l'ascension terminée. Il est probable que dans cette forme les plaques de Peyer ne s'ulcèrent pas.

Nous n'insisterons pas davantage sur la forme lente nerveuse, bien décrite par notre maître, M. le professeur Jaccoud. Elle n'est pas plus apyrétique que la précédente, mais elle ressemble au début à la forme dont nous nous occupons. Le début est, en effet, traînant, et au bout de huit ou dix jours la température peut ne pas être encore à ce chiffre de 39,5 qu'elle aurait dû

atteindre le soir du quatrième jour. C'est une indisposition, un simple malaise, tous les symptômes de la dothiéntérie sont peu accusés, les déterminations locales sont réduites au minimum. Néanmoins, l'apyrexie n'est jamais complète, surtout le soir.

Quant à la forme ambulatoire, qui présente les plus grandes analogies avec la forme apyrétique, nous commençons par reconnaître qu'elle se confond souvent avec elle. Les deux observations de M. Vallin en font foi ; aussi les a-t-il publiées sous le nom commun de dothiéntéries apyrétiques et ambulatoires. Il ne faut cependant pas confondre les deux formes. S'il est vrai que les malades qui font une dothiéntérie apyrétique sont dans les meilleures conditions pour continuer leurs travaux, et que ceux qui ont un typhus ambulatoire ne se promènent le plus souvent que parce qu'ils n'ont pas de fièvre, il n'en est pas moins vrai qu'on peut, sans avoir de la fièvre, se trouver dans un état d'intoxication tel, avec une stupeur et une faiblesse tellement accentuées, que le repos au lit soit indispensable ; tandis que d'autres malades, soit précisément parce que la faiblesse et la stupeur sont moins prononcées chez eux, soit parce que, plus durs au mal ou pressés par le besoin, ils font plus d'efforts sur eux-mêmes, continuent à marcher malgré une température très élevée. Pour prouver ce que nous avançons et pour différencier absolument ces deux formes, il nous suffira de rappeler que dans les observations de Louis, fièvres typhoïdes ambulatoires bien caractérisées, la chaleur a été plus ou moins forte, et de dire que dans les onze observations de M. Laveran un

seul malade n'a pas dépassé le chiffre de 39°; M. Tourneret publiait, en 1873, dans la *Gazette médicale de Strasbourg*, un cas de typhus ambulatoire, dans lequel le malade a eu plusieurs fois 40° et a même atteint 40,9 le soir du 43^e jour. D'autre part, dans les observations inédites que nous publions, il se trouve des malades qui ne pouvaient quitter leur lit, bien qu'ils fussent absolument sans fièvre.

Nous dirons donc, en résumé, que la forme abortive et la forme lente nerveuse sont absolument différentes de celle que nous décrivons; que la forme ambulatoire a, avec elle, les plus grands points de ressemblance, ce qui est dû probablement à ce qu'elles reconnaissent des causes analogues, mais qu'il ne faut pas confondre ces deux formes. On peut trancher la différence d'un seul mot, en donnant à l'une le nom de fièvre typhoïde ambulatoire, et à l'autre celui de dothiéntérie apyrétique.

VII.

PRONOSTIC.

M. Vallin, dans son mémoire, donne à la forme qu'il a observée le nom d'apyrétique grave, voulant indiquer par là que les jours du malade sont souvent mis en danger par une complication d'autant plus imprévue que la maladie est plus insidieuse. Tout en reconnaissant la parfaite vérité de cette assertion, nous sommes obligé de déclarer que, au contraire, cette forme est légère en général, et que si les accidents sont nombreux, il en est qu'il est peut-être possible d'éviter. D'ailleurs nous rapportons quelques cas dans lesquels la maladie a été aussi bénigne que possible et s'est terminée sans la moindre complication.

Ces complications, dont les plus communes et les plus redoutables sont l'hémorrhagie intestinale, la péritonite et la perforation de l'intestin, ont été observées dans le plus grand nombre de nos cas. Mais si l'on tenait compte de tous ceux qui ont passé inaperçus ou qui ont été pris pour de simples malaises, la proportion changerait évidemment. D'ailleurs en prévoyant ces accidents, il est, sans aucun doute, possible d'en éviter. Je ne veux pas dire que chez les malades qui en ont été les victimes on n'avait pas pris toutes les précautions voulues ; loin de là : le diagnostic avait été fait, et les malades avaient été traités en conséquence. Il s'est donc passé quelque chose que le médecin ne pouvait ni prévoir ni prévenir. Mais en sera-t-il toujours ainsi ? Si on eût continué à

alimenter le malade dont nous parlons dans notre sixième observation, n'aurait-il pas pu avoir une perforation? Et à plus forte raison si on ne l'eût pas mis à la diète dès le début, n'était-il pas exposé au même accident? Et celui dont nous parlons en premier serait-il mort s'il n'avait pas eu l'imprudence de manger en cachette?

Il est inutile d'insister, mais il faut reconnaître que bien souvent le médecin sera impuissant.

La possibilité d'éviter ces accidents n'est pas la seule raison qui nous fasse déclarer que cette forme est légère. D'abord, nous l'avons dit, le virus typhique est probablement atténué; ensuite les altérations locales sont peu prononcées, d'où il résulte que les complications thoraciques et abdominales sont moins à redouter; les symptômes nerveux sont peu accentués, ce qui rend peu probables des déterminations encéphaliques. Mais, de plus, c'est l'absence de fièvre elle-même que nous considérons comme le caractère le plus favorable de la maladie. Non seulement elle nous indique la moindre gravité des autres lésions, mais tous les accidents que la consommation fébrile et que les hautes températures peuvent produire se trouvent évités.

Nous empruntons à M. le professeur Jaccoud les lignes qui vont suivre: « La fièvre typhoïde a une durée qui dépasse notablement celle des autres affections aiguës; et pendant toute cette durée elle est accompagnée d'une fièvre intense, c'est-à-dire d'une combustion, d'une consommation exagérée de l'organisme ;

et cette autophagie fébrile, proportionnelle au degré et à la longueur du processus, est une nouvelle et persistante cause d'adynamie.

« La calorification excessive est par elle-même, abstraction faite de la consommation, une cause de périls graves, en raison de son action nocive sur le tissu nerveux, sur le cœur et sur les muscles. Cette condition mauvaise prend dans la fièvre typhoïde une importance plus grande que dans aucune autre maladie, en raison de la durée et du degré du mouvement fébrile.

« A côté de ces trois faits fondamentaux j'en trouve un autre qui n'a pas la constance des précédents, mais qui, lorsqu'il existe, ne leur cède point en importance : c'est la diminution de l'hématose résultant des lésions de l'appareil broncho-pulmonaire ; ce désordre expose rapidement à l'asphyxie lente, en raison de la tendance adynamique et de la faiblesse du cœur. Ainsi par des voies diverses, toutes les déterminations de la fièvre typhoïde s'ajoutent en quelque sorte pour plonger le patient dans une adynamie complète. »

Eh bien ! si le malade, n'ayant pas de fièvre, est à l'abri de ces redoutables phénomènes ; si les manifestations locales, tant sur les organes abdominaux que sur les organes thoraciques et céphaliques, sont peu accentuées ; si l'hématose se fait mieux ; si le diagnostic et le traitement permettent de conjurer un certain nombre d'accidents, non pas tous, il faut le reconnaître, ne sommes-nous pas en droit de dire, malgré la possibilité de complications imprévues, que la forme apyrétique est une des plus légères de la dothiéntérie ?

VIII.

TRAITEMENT.

Ce que nous avons dit des symptômes, des complications et du pronostic nous permet d'établir cette règle qui domine tout le traitement : *La principale chose à surveiller c'est l'alimentation du malade.*

Il n'y a point en effet à s'inquiéter de la médication antipyrétique, cela va de soi ; les règles de prophylaxie et d'hygiène doivent être aussi rigoureusement observées que dans les autres formes, mais elles ne présentent rien de particulier. De même le traitement des altérations locales n'offre rien de spécial ; dans bien des cas même on pourra le négliger complètement, vu le peu d'intensité de ces déterminations.

Tous les efforts du médecin doivent donc tendre, comme le fait remarquer M. le professeur Jaccoud, à contre-balancer le poison lui-même, à combattre l'adynamie qui résulte de l'intoxication typhique, et à prévenir par une alimentation convenable quelques-unes des plus redoutables complications.

M. Jaccoud d'abord rejette absolument l'emploi de tous les moyens débilitants ou autres qui ont été préconisés, inutilement d'ailleurs, pour faire avorter la maladie. On ne peut pas, dit-il, diminuer la durée de la consommation morbide, mais on peut, en soutenant

les forces du malade, le mettre dans les meilleures conditions pour qu'il puisse résister à l'adynamie. Ainsi pas de spoliateurs, pas de débilitants, pas de diète, mais des toniques, comme le vin et l'extrait de quinquina, des stimulants, comme l'alcool, une nourriture convenable.

L'alimentation, c'est un fait sur lequel nous n'avons pas besoin d'insister, doit être identique à celle des malades qui présentent les formes les plus accentuées. On ne doit donc leur donner que des aliments liquides, lait, bouillon, potage sans pain, d'une assimilation facile, et sans inconvénients pour un intestin malade ; mais il faut au préalable, comme le recommande Trousseau, essayer de régulariser le plus possible les fonctions de l'appareil digestif. Un purgatif salin, puis du sous-nitrate de bismuth lutteront contre la diarrhée ; ou bien l'huile de ricin ou le calomel combattront la constipation. On veillera alors à ce que le malade aille le plus régulièrement possible à la selle.

On forcera le malade à rester dans son lit lorsque la forme apyrétique sera en même temps ambulatoire ; d'abord il est plus facile à surveiller, ensuite on évitera de la sorte quelques accidents, comme les ruptures musculaires qui se sont produites dans une des observations de M. Vallin.

Ici se place la question principale : quand doit-on commencer à alimenter plus sérieusement le malade ?

Dans une dothiéntérie ordinaire on a un guide excellent dans la température. Tant qu'elle se maintient au-dessus de la normale, on sait que les altérations in-

testinales ne sont pas suffisamment cicatrisées pour qu'on puisse impunément donner à l'intestin un surcroît de travail. Mais quand la température s'est maintenue à 37° matin et soir pendant deux ou trois jours, on peut commencer à donner au malade des aliments légers, un œuf sans pain par exemple ; Trousseau attendait même plus longtemps, et se vantait dans ses cliniques de laisser écouler plus de temps que ses confrères avant de revenir à un régime plus substantiel. Ici la température ne donne aucun renseignement, on ne sait exactement ni quand la maladie a commencé, ni à quelle période elle se trouve, et on hésite n'osant pas donner trop tôt des aliments qui pourraient produire un effet désastreux, n'osant pas en priver trop longtemps un malade déjà bien affaibli.

N'y a-t-il donc pas quelque chose qui, à défaut de la courbe thermique, peut nous donner les renseignements nécessaires ? Nous avons au début de cette étude insisté longuement sur l'évolution des infiltrations et des ulcérations des plaques de Peyer, ainsi que sur celles des taches rosées lenticulaires. Nous pouvons tirer quelque parti de ces données. Nous disions en effet que la cicatrisation était complète vers le vingt-cinquième jour. D'autre part les taches commencent à se montrer au commencement du second septénaire, quelquefois même plus tôt ; chaque tache ne dure que de trois à cinq jours, mais elles ne paraissent pas toutes à la fois, de telle sorte qu'on en observe encore au commencement du troisième septénaire, huit jours avant que la cicatrisation des ulcères ne soit complète. Sans doute cette

corrélation entre les phénomènes nerveux et les phénomènes intestinaux est loin d'être constante ; pour n'en citer qu'un exemple, les taches subsistent dans le typhus abortif bien longtemps après que la maladie est terminée ; mais on peut néanmoins dans les cas d'une durée moyenne de vingt à trente jours, se baser sur l'éruption pour savoir approximativement quel est l'état de l'intestin. Huit à dix jours donc après qu'elle aura disparu on pourra commencer à donner au malade une nourriture plus substantielle.

Mais si les taches manquent également, sur quoi se basera-t-on ? Certes la question est beaucoup plus difficile. Néanmoins, comme les divers symptômes d'une dothiéntérie ordinaire s'amendent pendant la défervescence, qui correspond à la cicatrisation, on peut en déduire que, dans la dothiéntérie apyrétique, lorsqu'on voit disparaître les divers symptômes, en particulier les symptômes nerveux et diarrhéiques, la maladie entre dans sa période de réparation. On attendra alors environ une semaine avant de permettre des aliments solides.

Dans ce cas comme dans le précédent on n'agira qu'avec la plus grande prudence, on résistera aux demandes des malades plus encore que dans une forme régulière, et c'est de cette façon qu'on pourra leur rendre le plus de service.

IX

CONCLUSIONS.

D'après ce qui précède, nous nous croyons en droit de poser les conclusions suivantes :

1° Il existe une forme de la dothiéntérie dans laquelle la température ne dépasse pas la normale, à moins qu'il ne se produise une complication; forme rare à la vérité, puisqu'il n'en existe qu'un petit nombre de cas authentiques, moins rare cependant qu'on ne pourrait le croire si l'on s'en tenait à ces données, car elle a dû souvent passer inaperçue. Cette forme ne doit pas être confondue avec la fièvre typhoïde ambulatoire, qui peut s'accompagner d'élévation de la température.

2° Pour faire le diagnostic de la forme apyrétique, il faut rechercher un ensemble de symptômes s'observant dans la fièvre typhoïde, ensemble qui se présente avec un aspect suffisamment caractéristique. Les taches rosées lenticulaires constituent le meilleur de ces signes; viennent ensuite les phénomènes nerveux, l'hypertrophie de la rate, les caractères de la diarrhée et de l'urine. Dans le doute, on doit agir comme s'il y avait dothiéntérie.

3° Le pronostic de cette forme est bénin, en ce sens que l'empoisonnement est léger et les localisations peu

marquées; mais on a à redouter de terribles complications que le traitement peut conjurer en partie.

4° L'alimentation forme la base du traitement. On doit nourrir le malade pendant toute la durée de l'affection mais au moyen de substances liquides; et on ne doit lui permettre des aliments solides qu'environ huit jours après que les taches, ou à leur défaut tous les autres symptômes ont disparu. On doit tenir les malades au lit aussi longtemps que s'il s'agissait d'une forme régulière. De cette façon on pourra éviter quelques complications, mais il ne faut pas oublier qu'il peut toujours en surgir d'imprévues, car, pour nous servir de l'heureuse métaphore de M. le professeur Jaccoud, c'est là, plus encore que dans la forme lente nerveuse, que la maladie mord sans aboyer.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE.

- Bennet.** — Cliniques, traduction Lebrun, 1873.
- Billard.** — De l'influence des matières putrides de l'intestin, sur la marche de la fièvre typhoïde, *Gaz. des hôpitaux*, 1860.
- Billard.** — Traité des maladies des enfants, Paris, 1828.
- Carville.** — De la température dans la fièvre typhoïde, *Thèse*, 1872.
- Cornil et Ranvier.** — Histologie pathologique.
- D'Espine et Picot.** — Traité des maladies des enfants.
- Grandmottet.** — Fièvre typhoïde chez un homme de 63 ans, *Gaz. des hôpitaux*, 1868.
- Griesinger.** — Traité des maladies infectieuses, 1868.
- Guilbert.** — De la fièvre typhoïde très légère, *Union méd.*, 1869.
- Hildebrand.** — Typhus levissimus.
- Hirtz.** — Articles Chaleur et Fièvre du *Nouveau Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques*.
- Jaccoud.** — Traité de pathologie interne. — Clinique médicale, Paris, 1867.
- Laveran.** — *Archives générales de médecine*, 1870.
- Laveran et Teissier.** — Nouveaux éléments de pathologie et de cliniques médicales.
- Lebert.** — *Wiener med. Wochen.*, 1858.
- Louis.** — De la fièvre typhoïde.
- Rilliet et Barthez.** — Traité des maladies des enfants, 1843.
- Roger.** — Maladies des enfants, 1872.
- Rufz.** — Influence de l'âge sur la fièvre typhoïde, *Archives gén. de méd.*, 1840.

Sevestre. — Fièvre typhoïde à marche insidieuse. *Bulletin de la Société anatomique*, 1871.

Thaon. — De la fièvre typhoïde chez les enfants, *Mouvement médical*, 1871.

Thomas. — Sur la température de la fièvre typhoïde, *Arch. der Heilkunde*, 1864.

Tourneret. — Observation de fièvre typhoïde ambulatoire, *Gaz. med. de Strasbourg*, 1873.

Trousseau. — Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu de Paris.

Vallin. — De la forme ambulatoire ou apyrétique grave de la fièvre typhoïde, *Arch. gén. de méd.*, 1873.

Wall. — Enteric fever latens, *The Lancet*, 1873.

Wirchow. — Pathologie cellulaire, 4^e édit., 1874.

Wunderlich. — De la température dans les maladies. Trad. française de Labadie-Lagrave, 1872.

TABLE DES MATIÈRES.

I.	AVANT-PROPOS.....	5
II.	DE LA DOTHÉNENTÉRIE NORMALE.....	9
III.	HISTORIQUE.....	17
IV.	SYMPTOMES ET COMPLICATIONS.....	25
V.	ETIOLOGIE.....	50
VI.	DIAGNOSTIC.....	55
VII.	PRONOSTIC.....	62
VIII.	TRAITEMENT.....	65
IX.	CONCLUSIONS.....	69
	INDEX BIBLIOGRAPHIQUE.....	71

QUESTIONS

SUR LES DIVERSES BRANCHES DES SCIENCES MÉDICALES.

Anatomie et histologie. — Articulation de la hanche.

Physiologie. — De la déglutition.

Physique. — Electricité atmosphérique, lésions produites par la foudre, paratonnerre.

Chimie. — Ammoniaque ; ses propriétés, sa préparation, action des acides sur l'ammoniaque.

Histoire naturelle. — Des feuilles. Structure, positions, formes, termes employés pour indiquer leurs plus ou moins grandes dimensions. Qu'entend-on par feuille simple, composée ou décomposée, des stipules, des bactéries.

Pathologie externe. — Des fistules et des tumeurs lacrymales.

Pathologie interne. — Des complications de la rougeole.

Pathologie générale. — Des kystes.

Médecine opératoire. — Des différents procédés de réduction des luxations de l'épaule.

Pharmacologie. — De la gly cérine considérée comme dis

solvant. Caractères de sa pureté. Comment prépare-t-on les glycérolés ?

Thérapeutique. — Des indications de la médication vomitive.

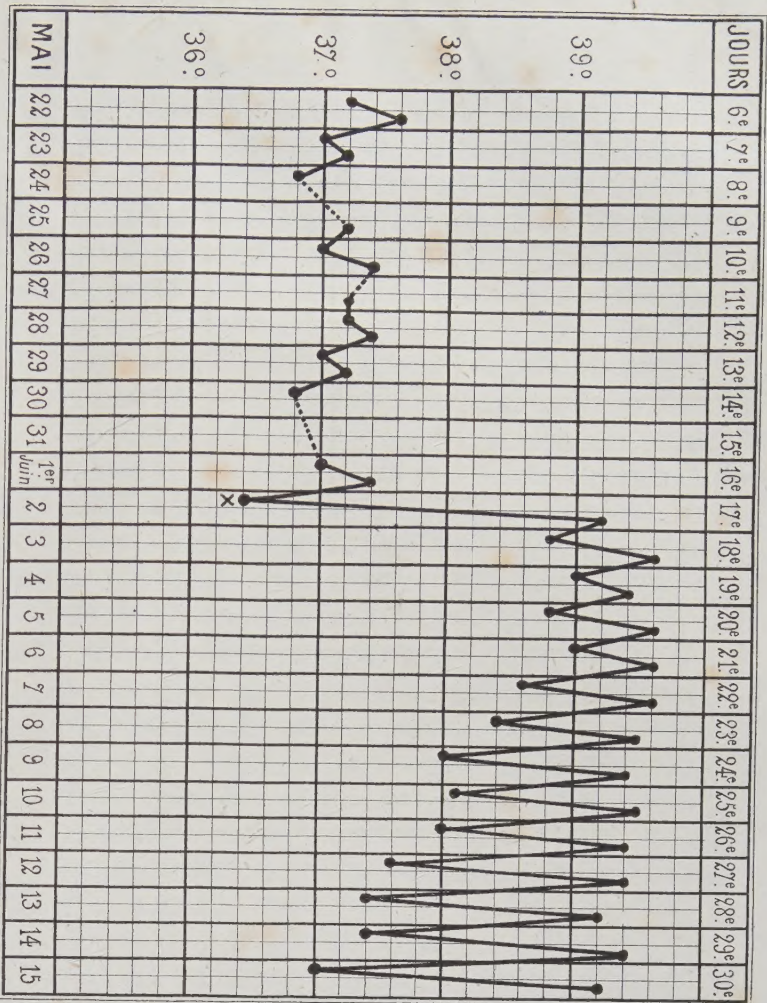
Hygiène. — Des bains.

Médecine légale. — Est-il indispensable, pour affirmer qu'il y a eu empoisonnement, que la substance toxique ait été isolée ?

Accouchements. — Des présentations de la face.

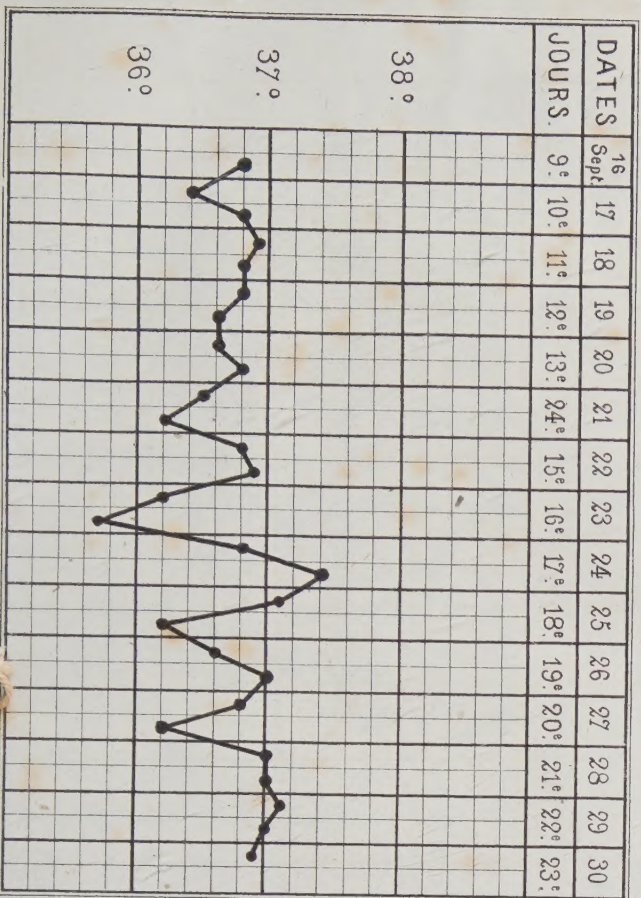
Vu : le président de la thèse, Vu et permis d'imprimer,
BROUARDEL. Le vice-recteur de l'Académie de Paris
A. GRÉARD.

N.º 3.

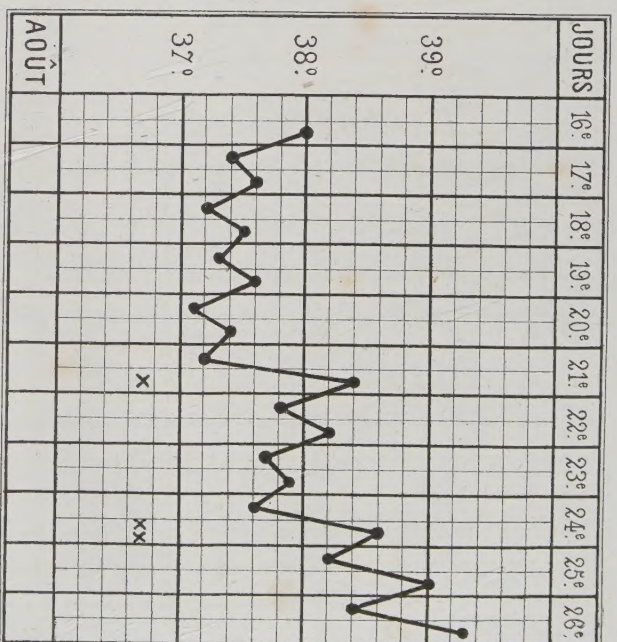


x Hémorrhagie intestinale.

N.º 4.

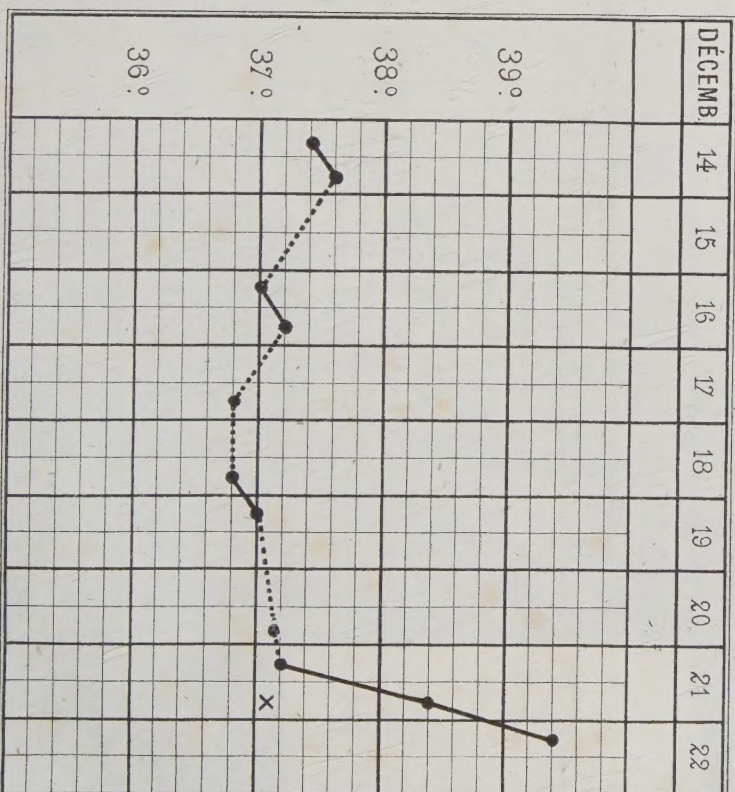


N.º 1.

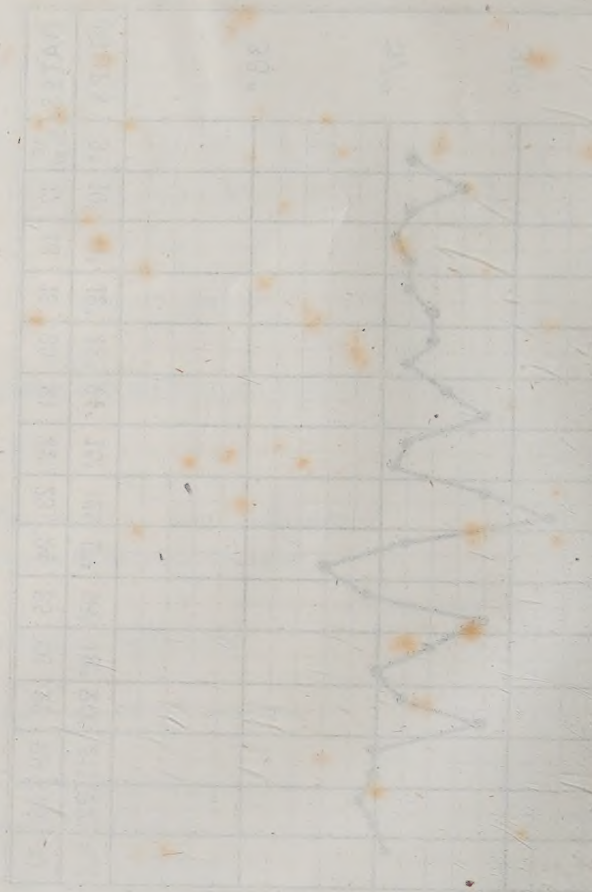


x Premier potage avec pain.
xx Biscuits.

N.º 2.



x Péritonite.



Hand-drawn graph

100



Hand-drawn graph

100

